Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde

abordagens da psicossociologia

Creuza da Silva Azevedo
Marilene de Castilho Sá
organizadoras

EDITORA
FIOCRUZ

Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia

Creuza da Silva Azevedo
Marilene de Castilho Sá
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AZEVEDO, C. S., and SÁ, M. C., eds. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde*: abordagens da psicossociologia [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, 421 p. ISBN: 978-85-7541-535-1. https://doi.org/10.7476/9788575415351.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

SUBJETIVIDADE, GESTÃO E CUIDADO EM SAÚDE
abordagens da psicossociologia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente
Paulo Gadelha

Vice-Presidente de Ensino,
Informação e Comunicação
Nísia Trindade Lima

EDITORA FIOCRUZ

Diretora
Nísia Trindade Lima

Editor Executivo
João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos
Carlos Machado de Freitas
Gilberto Hochman

Conselho Editorial
Claudia Nunes Duarte dos Santos
Jane Russo
Ligia Maria Vieira da Silva
Maria Cecília de Souza Minayo
Marilia Santini de Oliveira
Moisés Goldbaum
Pedro Paulo Chieffi
Ricardo Lourenço de Oliveira
Ricardo Ventura Santos
Soraya Vargas Côrtes

SUBJETIVIDADE, GESTÃO E CUIDADO EM SAÚDE
abordagens da psicossociologia

Creuza da Silva Azevedo
Marilene de Castilho Sá
Organizadoras

EDITORA
FIOCRUZ

Copyright © 2013 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

Revisão e copidesque
Janaina de Souza Silva

Supervisão editorial
Irene Ernest Dias

Capa, projeto gráfico e editoração
Carlota Rios

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A994 Azevedo, Creuza da Silva (Org.)

Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. / organizado por Creuza da Silva Azevedo e Marilene de Castilho Sá. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.
421 p.
ISBN:

1. Assistência à Saúde - organização & administração. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Psicologia Social. 4. Serviços de Saúde. 5. Saúde Mental. 6. Organizações em Saúde. 7. Gestão em Saúde. I. Sá, Marilene de Castilho (Org.). II. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

2013
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4.036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora

Autores

Claudia Abbês Baêta Neves

Psicóloga, mestra em educação, doutora em psicologia clínica, pós-doutora em educação. Professora associada I do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

Creuza da Silva Azevedo (organizadora)

Psicóloga, mestra em saúde coletiva, doutora em psicologia. Tecnologista em saúde pública do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, onde lidera o grupo de pesquisa Subjetividade e Gestão em Saúde.

Eugène Enriquez

Graduado em psicologia, etnologia e direito, doutor em sociologia. Professor emérito da Universidade de Paris VII, cofundador da Associação de pesquisa e Intervenção em Psicossociologia (Arip) e do Centro Internacional de Formação e de Pesquisa em Psicossociologia (Cirfip). Autor de diversos estudos traduzidos para o português, entre os quais *Da Horda ao Estado: psicanálise da vida social* (Zahar, 1990) e *A Organização em Análise* (Vozes, 1997).

Flaviana Mara da Silva

Psicóloga, mestra em saúde pública. Psicóloga do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas) de Contagem, Minas Gerais.

Lilian Miranda

Psicóloga, mestra em enfermagem, doutora e pós-doutora em saúde coletiva. Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Estado do Rio de Janeiro e pesquisadora do grupo de pesquisa Subjetividade e Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Marcela Silva da Cunha

Psicóloga, mestra em saúde pública. Pesquisadora do grupo de pesquisa Subjetividade e Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Maria Liana Gesteira Fonseca

Psicóloga, mestra em saúde pública, doutoranda do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Psicóloga da Divisão de Saúde do Trabalhador do Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde.

Marilene de Castilho Sá (organizadora)

Psicóloga, mestra em saúde pública, doutora em psicologia. Pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, onde lidera o grupo de pesquisa Subjetividade e Gestão em Saúde.

Raquel de Andrade Barros

Psicóloga.

Teresa Cristina Carreteiro

Psicóloga, mestra em psicologia, doutora em psicologia social clínica, pós-doutora em sociologia clínica. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense e pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Vinicius Carvalho de Vasconcellos

Psicólogo, mestre em saúde pública, doutorando em psicologia social, do trabalho e das organizações na Universidade de Brasília.

Sumário

Prefácio 9

Apresentação 13

I - Caminhos do Pensamento

1. Subjetividade e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde 31
Marilene de Castilho Sá e Creuza da Silva Azevedo

2. A Sociedade Contemporânea e as Possibilidades de Construção de Projetos Coletivos e de Produção do Cuidado nos Serviços de Saúde 49
Creuza da Silva Azevedo

3. Reconhecimentos e Resistência nas Sociedades Contemporâneas 73
Eugène Enriquez e Teresa Cristina Carreteiro

4. Criatividade e Trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnicottiana 87
Lilian Miranda

5. O Profissional da Saúde como Sujeito, Sofrimento no Trabalho e Gestão 117
Maria Liana Gesteira Fonseca

6. A Abordagem de Narrativas de Vida como um Caminho de Pesquisa em Saúde 129
Creuza da Silva Azevedo

7. Por uma Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção em Saúde Coletiva 151
Marilene de Castilho Sá

II - Construindo Caminhos de Pesquisa e Intervenção em Serviços de Saúde

8. A Psicossociologia Francesa como Abordagem Teórico-Metodológica para Pesquisas em Serviços de Saúde 207
Flaviana Mara da Silva

9. O Imaginário Organizacional e o Cuidado Possível em um Hospital Público de Emergência 231
Marilene de Castilho Sá

10. A Dinâmica do Trabalho em Saúde Mental: contribuições da psicossociologia francesa 279
Vinicius Carvalho de Vasconcellos

11. A Cooperação Prescrita e a Cooperação Possível: vicissitudes do trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família 299
Marcela Silva da Cunha e Marilene de Castilho Sá

12. Laboratório de Práticas Gerenciais: por um dispositivo grupal de formação em gestão hospitalar voltado para os sentidos do trabalho gerencial 325
Creuza da Silva Azevedo e Marilene de Castilho Sá

13. Avaliação Psicossociológica de uma Estratégia de Humanização do Tratamento do Câncer Infanto-Juvenil: o Aquário Carioca 357
Creuza da Silva Azevedo e Marilene de Castilho Sá

14. O Acompanhamento do Cuidado na Emergência de um Hospital Universitário: um dispositivo de intervenção nas práticas em saúde 381
Raquel de Andrade Barros e Claudia Abbês Baêta Neves

Prefácio

A Segunda Guerra Mundial caracterizou, incontestavelmente, um momento decisivo na história das sociedades ocidentais, tanto no plano social como no político. As tomadas de consciência fomentadas pelos genocídios nazistas (a Shoah), os milhões de mortos no *front* russo e no Pacífico e o uso, pela primeira vez, de armas de destruição em massa propiciaram, no período imediato do pós-guerra, um novo alento às democracias e às iniciativas de paz entre as nações (surgimento da Organização das Nações Unidas, reconciliação franco-alemã e construção europeia) como também entre as classes sociais (nascimento do Estado-providência).

No plano médico, com o que recebeu a denominação de Revolução Psiquiátrica, os denominados loucos deixaram de ser considerados párias, que deviam ser confinados e colocados à margem da sociedade, passando a doentes passíveis de receber os cuidados adequados, no âmbito de hospitais amplamente reformados com vistas a reintegrá-los na sociedade, na medida das possibilidades.

De maneira mais geral, a transformação profunda se deu no olhar lançado aos doentes e à doença, pois a prática médica deixou de ser considerada como pertinente exclusivamente ao domínio privado. Até então, a doença era vislumbrada, de fato, como um acidente a incidir sobre a vida de determina-

da pessoa, levando-a a recorrer ao auxílio de um especialista reputado como dotado do poder de curá-lo – médico, curador... – no âmbito de uma relação estritamente pessoal. Para aceitar o risco de permitir que um terceiro penetrasse em sua intimidade corporal ou mental (psíquica), de ceder seu corpo e sua mente ao olhar e à manipulação de outro, seria preciso que o paciente tivesse uma garantia contra o risco de que o médico utilizasse o poder que lhe era assim conferido para outros fins além do seu próprio bem. Seria preciso, pois, que este último fosse submetido a regras estritas, mas também que uma formação o preparasse para se confrontar com o sofrimento e a morte de outrem, controlando os próprios afetos – suas angústias, seus desejos, suas emoções –, permanecendo impávido diante da visão de um corpo nu, padecente e entregue a ele sem defesa. Daí a elaboração de uma deontologia a qual todo médico se compromete a respeitar (juramento de Hipócrates). Além desse compromisso moral, os médicos que assim desejarem podem, a partir de Balint, participar de uma formação que lhe possibilita tomar consciência e analisar os efeitos de sua implicação subjetiva (contratransferência). Por conseguinte, as questões ligadas à saúde, à doença e ao tratamento eram vistas como assunto de cunho exclusivamente privado, dizendo respeito às duas pessoas presentes em um local isolado e protegido pelo segredo.

Essa situação se alterou profundamente com a criação de instituições recém-nascidas no âmbito do Estado-providência (a seguridade social para todos, os organismos de proteção social...). A saúde se tornou uma questão social, política, um direito, cuja satisfação todos podiam exigir dos poderes públicos e suas instituições.

Para tanto, é evidente, a doença não deixou de constituir um evento infeliz, incontornável, um risco sempre presente. Mas, contra esse risco, o indivíduo passou a ter garantias, em função dos direitos imprescritíveis que a doença lhe confere. Em outras palavras, a saúde se tornou um bem, do mesmo nível que outros objetos de consumo – um bem preservado por meio da 'produção' de cuidados. Quem diz produção diz organização, portanto, gestão de meios econômicos e humanos e, no plano do Estado, implementação de uma política pública adequada.

A evolução do olhar lançado sobre a saúde e a doença repercutiu, naturalmente, no nível do *status* e da posição do técnico – médico ou profissional da saúde. Na verdade, este permanece submetido às obrigações tradicionais

de ordem ética, vinculadas ao exercício da sua profissão, sob o controle das organizações profissionais (Conselho de Medicina). Na maioria dos países ocidentais ele pode continuar a exercer a sua profissão com um estatuto dito liberal, no segredo de um consultório particular, fora do olhar de outra pessoa, mas com sua liberdade doravante limitada por meio de disposições legais (por exemplo, a obrigação de receber doentes indigentes ou limitação do valor da consulta que pode cobrar do paciente).

No entanto, tal exercício liberal da medicina tende a ser suplantado por práticas coletivas (consultórios partilhados, casas de saúde, clínicas e hospitais particulares e públicos) organizados em instituições *ad hoc*, que exercem um efeito considerável sobre a relação entre cuidador e doente. Apontado como paciente na ótica profissional tradicional, este último tende, a partir de então, a ser identificado como um usuário, que se dirige a um assalariado, um funcionário intercambiável e até anônimo, cujo *status* e reconhecimento social do qual se beneficia são redefinidos em função do valor e da forma de sua remuneração e da sua dependência institucional. Tal mudança de paradigma, naturalmente, exerceu efeitos significativos sobre a implicação subjetiva, tanto dos doentes como dos cuidadores.

No que diz respeito à formação do pessoal cuidador, em especial dos médicos, ela permanece, na maioria, sob o controle de seus pares, ou seja, uma transmissão direta dos saberes ligados a uma experiência carismática entre gerações que pertencem à mesma divisão e que se identificam com valores em comum (vocação). Esse pressuposto, porém, se invalida em parte no momento em que a formação é conduzida no âmbito de instituições públicas (universidades) e, portanto, submetidas a regras gerais que visam a garantir a transmissão dos saberes científicos e acadêmicos considerados universais.

A crescente socialização da saúde e o fato de ser levada em conta pela política, avalista do respeito aos direitos de todos à saúde, sem dúvida nenhuma constituiu, no plano da democracia, um avanço importante, que amplia o acesso aos cuidados. No plano da prática, também gerou consequências muitas vezes funestas. Ao se burocratizar, a prática médica tende, de fato, a perder o seu primeiro sentido, ou seja, o cuidado e a atenção a outrem, em prol do desempenho a curto prazo, da eficácia na 'produção' de cuidados, da economia e do controle social.

Os estudos apresentados nesta obra coletiva comportam esclarecimentos preciosos sobre o sistema de saúde pública, tal como funciona atualmente no

Brasil. Ao analisar diferentes serviços de hospitais públicos, os pesquisadores ressaltaram a maneira cujos efeitos contraproducentes de uma gestão por demais centrada na eficácia e no desempenho poderiam ser corrigidos mediante a apreciação dos fatores subjetivos e intersubjetivos que condicionam as atitudes e as relações.

Adotando uma leitura pluridisciplinar que leva em conta, em especial, contribuições da psicossociologia, da sociologia, da dinâmica de trabalho, da psicanálise e das teorias de grupos, os autores dirigiram a atenção às inevitáveis pressões relativas à gestão dos imensos complexos organizacionais que são os hospitais públicos. Assim demonstraram a dificuldade de preservar, nesse contexto, espaços de cooperação e solidariedade entre os agentes responsáveis e autônomos.

De maneira mais geral, os estudos que compõem esta obra articulam possibilidades de conciliar as exigências de uma medicina socializada, gerida por instâncias políticas, com práticas fundamentadas na singularidade de uma relação terapêutica condizente com os valores básicos da medicina. Vários estudos sublinham o modo como o ambiente cultural desfavorável – individualismo, narcisismo e autocentramento, desconfiança em relação à ação coletiva etc. –, longe de propiciar aos cuidadores atitudes de abertura ao próximo, fomenta, ao contrário e com frequência, mecanismos de defesa, negação do sofrimento ou concentração nas regras burocráticas.

Naturalmente, a experiência brasileira contém características específicas. As importantes reformas implementadas nos últimos anos para se democratizar o sistema de saúde dificilmente se comparam às que foram feitas em outros países, em especial na França. As conclusões da análise dos limites e dos obstáculos com os quais se chocaram essas reformas, porém, têm um alcance geral, que vai além do caso brasileiro. Por essa razão a presente obra, que alia a precisão da análise com o rigor teórico, interessará a todos – pesquisador, profissional da saúde ou responsável político – os envolvidos com os potenciais da política de saúde e os desafios com os quais ela se confronta.

André Lévy

Professor emérito da Universidade de Paris XIII, cofundador e presidente de honra do Centre International d'Intervention, de Formation et de Recherche Psychosociologique, membro do comitê de redação da *Revista Internacional de Psicossociologia*

Apresentação

Este livro surge de nosso desejo de apresentar, ao campo da saúde coletiva, nossa abordagem teórico-metodológica de trabalho, que tem como objeto privilegiado as relações entre subjetividade, gestão e cuidado em saúde, trazendo para o leitor temas ou problemas sobre os quais temos nos debruçado ao longo de nossa trajetória de pesquisa, docência e cooperação com os serviços de saúde. Apresentamos aqui a produção de nosso grupo de pesquisa e a de alguns autores com os quais temos mantido interlocução, em nosso esforço para compreender as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde.

Nas últimas décadas, a gestão dos serviços públicos de saúde, a qualidade e integralidade do cuidado têm se constituído como alguns dos principais desafios da Reforma Sanitária brasileira. Perante as dificuldades de se implementar processos de mudança nas organizações de saúde, vários autores do campo da saúde coletiva têm buscado valorizar os aspectos microssociais presentes no cotidiano dos serviços de saúde, bem como o papel dos sujeitos na dinâmica organizacional. Neste cenário, nosso esforço de investigação surge, em parte, de uma perplexidade, decorrente do reconhecimento de que, a despeito da potência das teorias e dos métodos do campo do planejamento e do compromisso e engajamento político de tantos gestores e profissionais da saúde com

os princípios democratizantes e de justiça social que têm inspirado o processo de Reforma Sanitária brasileira, pouco conseguimos avançar além da ampliação do acesso aos serviços de saúdena direção de mudanças substanciais na dinâmica dos serviços de saúde, especialmente no modo como se realizam as práticas de saúde e os processos de gestão.

A situação de degradação das condições de trabalhoe de deficiências de toda ordem na maioria dos serviços públicos de saúde impõe uma crise que vai além da gerencial e assistencial, emergindo como uma crise também de sentido. Nesse contexto, o projeto grandioso da Reforma Sanitária (que em última instância pressupunha um projeto societário mais amplo, de uma sociedade solidária) tem sido, a nosso ver, cotidianamente enfraquecido, minado, em sua função de "imaginário motor" – um conceito da psicossociologia francesa –, isto é, cada vez menos capaz de mobilizar 'corações e mentes', de canalizar o investimento e a criatividade de trabalhadores, gestores e usuários, apesar dos esforços de muitos e do sucesso de algumas experiências localizadas.

Temos procurado contribuir para o enfrentamento de tais desafios refletindo sobre a característica grupal/interativa e intersubjetiva e, especialmente, inconsciente dos processos organizacionais, bem como sobre os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação da sociedade contemporânea, que exercem forte impacto sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde. Sob este prisma, temos nos dedicado, há mais de dez anos, a pensar as características do trabalho gerencial e da função de liderança, bem como a especificidade do trabalho em saúde e os desafios da produção do cuidado. Para esta reflexão, vimos construindo um caminho de investigação que procura articular três eixos de pensamento: a abordagem da psicossociologia francesa sobre as organizações e a sociedade, especialmente nas obras de Eugène Enriquez e André Lévy; a teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais, particularmente a leitura de René Kaës,destacando-se mais recentemente o resgate das contribuições de Donald Winnicott, especialmente com base nos conceitos de transicionalidade e confiabilidade; a psicodinâmica do trabalho, abordagem desenvolvida por Cristophe Dejours. Nenhuma dessas três abordagens teóricas volta-se especificamente para organizações de saúde. Portanto, nosso desafio não é pequeno: não se trata apenas de explorar possibilidades de diálogo entre elas, mas de 'traduzi-las' para o campo da saúde. É com essa perspectiva que surge a proposta desta coletânea.

O livro está dividido em duas partes. A primeira tem seu título, "Caminhos do Pensamento", tomado de empréstimo de um livro de Cecília Minayo e Suely Deslandes, e nela apresentamos nossa abordagem de trabalho mediante uma discussão teórico-conceitual, com destaque para questões ou problemas que julgamos constituir alguns dos mais importantes desafios na gestão dos serviços públicos de saúde, a dinâmica social e político-institucional em que se inserem e os limites daí decorrentes à solidariedade, à cooperação e ao cuidado com a vida – princípios tão valorizados pelo projeto de Reforma Sanitária. Com base na psicossociologia, compreendemos a organização como fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes, advindos da cena voluntária, e também de fantasias e desejos que são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos, conformando outra cena: a do inconsciente e do imaginário, com impactos concretos na vida organizacional. Desse modo, a possibilidade de produção de acordos e projetos coletivos não pode ser vista apenas como fruto do exercício de um movimento consciente e volitivo dos sujeitos, com base, exclusivamente, em argumentos racionais, numa racionalidade instrumental-teleológica. Entendemos que a interação nas organizações envolve os sujeitos e os grupos e, assim, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto,dos processos inconscientes; enfim, da dimensão imaginária e simbólica das organizações, para além das, ou paralelamente a, suas dimensões materiais, burocráticas, políticas e sociais.

Destacamos nesta primeira parte a especial contribuição de Eugène Enriquez e Teresa Carreteiro – autores que representam nossas referências intelectuais no campo da psicossociologia e com os quais mantemos também um vínculo de gratidão e afeto –, bem como de Lilian Miranda e Liana Fonseca – representando, a primeira, uma recente mas já sólida parceria na vida acadêmica, e a segunda, a possibilidade de continuidade de nossa abordagem através do trabalho de nossos alunos. Com ambas, laços fraternos também sustentam o vínculo afetivo e intelectual. Esta parte do livro se encerra com uma apresentação das bases epistemológicas e características metodológicas de nossa abordagem de pesquisa e intervenção nos serviços e saúde, destacando suas possibilidades de contribuição para o campo da saúde coletiva.

A segunda parte, "Construindo Caminhos de Pesquisa e Intervenção em Serviços de Saúde", volta-se, centralmente, para alguns estudos empíricos e intervenções orientados pela perspectiva teórica que aqui apresentamos.

Nesta parte incluem-se, além de nossas próprias experiências, trabalhos de alguns de nossos alunos da pós-graduação. As experiências aqui apresentadas referem-se a pesquisas e/ou intervenções em hospitais, em serviços de atenção psicossocial, em uma unidade de saúde da família, em um serviço especializado de oncologia pediátrica, além de uma experiência no âmbito da formação gerencial na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), por nós desenvolvida.

O último capítulo indica, por meio de trabalho de Raquel Barros e Claudia Abbês, nossa busca de diálogo com outras abordagens que, no campo da saúde coletiva, também reconhecem a problemática da subjetividade como questão relevante para a gestão e o cuidado em saúde.

Na breve apresentação dos capítulos que se segue, trazemos para o leitor uma introdução ao universo de questões e problemas de pesquisa que têm ocupado nossos esforços de investigação e algumas perspectivas teórico-metodológicas de enfrentamento que têm sido construídas.

No capítulo 1, "Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde",apresentamos os referenciais com os quais vimos trabalhando e suas implicações para a compreensão da organização de saúde, do trabalho gerencial e do trabalho em saúde. Os serviços de saúde são concebidos não só como um espaço material, normativo e político, mas como um espaço interpsíquico: o modo como está organizado esse universo simbólico e imaginário compartilhado pelos profissionais nos serviços condiciona a capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde e de gestão.Na procura de outras formas de gerir tais serviços, ganham destaque os dispositivos coletivos tidos não apenas como espaços para trocas autorreflexivas, mas também como espaços subjetivos comuns, nos quais se manifestam processos inconscientes e possibilidades de elaboração psíquica pelos membros do grupo. Seriam, portanto, espaços de articulação psicossocial, de trânsito entre o eu e o grupo, como conjunto intersubjetivo, capazes de oferecer certo suporte,de criar instâncias de análise para as equipes.

Nos capítulos 2 e 3, encontramos uma crítica à contemporaneidade e às demandas que se apresentam para os sujeitos, ganhando destaque também as pressões do mundo do trabalho na atualidade. No capítulo 2 essa problemática ganha uma tradução particular para o contexto da gestão e produção do cuida-

do nos serviços públicos de saúde brasileiros, sendo marcadas centralmente as restrições que tal contexto implica, enquanto no capítulo 3 procura-se realçar os caminhos de resistência e saídas para os dilemas que se apresentam.

Assim, no capítulo 2, "A sociedade contemporânea e as possibilidades de construção de projetos coletivos e de produção do cuidado nos serviços de saúde",Creuza Azevedo procura refletir sobre os limites e possibilidades da gestão dos serviços de saúde no Brasil, do desenvolvimento de projetos coletivos e da produção do cuidado,considerando aspectos relativos ao contexto societário. Para tanto, são consideradas as características marcantes da sociedade contemporânea e do mal-estar na atualidade, como também as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na gestão das organizações, levando-se em conta os padrões instituídos de sociabilidade e subjetivação e as possíveis restrições daí advindas para a dinâmica e gestão dos serviços de saúde.

A sociedade ocidental contemporânea, caracterizada por um déficit de ideais e referências, pelo abandono do discurso de emancipação, pela desregulamentação, pelo recrudescimento do domínio privado em detrimento do público, pelo enfraquecimento do laço social, entre outras características, restringe as possibilidades de construção de projetos coletivos. Como observa Creuza Azevedo, projetos que focalizem a solidariedade e a maior responsabilidade para com o outro, que busquem fortalecer a dimensão pública e social dos serviços de saúde, princípios do movimento de construção da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), encontram-se, na verdade, na contramão dos valores e práticas sociais dominantes na sociedade, e têm representado um desafio extremo. Assim, a despeito do esforço e do compromisso de tantos trabalhadores e gestores, observam-se dificuldades de adesão a propostas voltadas para novos modos de fazer a gestão e a organização do cuidado que buscam enfrentar o baixo compromisso, a apatia, a falta de ética nas práticas dos serviços de saúde, indicando talvez que, como militantes, intelectuais e gestores engajados na Reforma Sanitária, precisamos reconhecer o peso das forças instituídas e as restrições daí advindas à governabilidade dos processos institucionais.

No capítulo 3, "Reconhecimentos e resistência nas sociedades contemporâneas", Eugène Enriquez e Teresa Cristina Carreteiro voltam-se também para a problemática da contemporaneidade, recortada com base em elementos paradoxais que emergem da centralidade dos indivíduos na sociedade, vistos

então como atores e sujeitos, marcados pela busca de prazer e, ao mesmo tempo, pressionados por forças sociais de assujeitamento que vêm tomando formas distintas. Interrogam sobre o que concorre para que o homem, considerado o centro do mundo, se torne um sujeito angustiado, tomado por um mal-estar constante, e se sinta pouco ou nada reconhecido. Ao tratar dessa questão e do processo de distanciamento e de resistência que surge com a forte tendência ao não reconhecimento,os autores ressaltam alguns paradoxos fundamentais como fontes da tendência ao mal-estar na atualidade: (i) o triunfo e a dificuldade da democracia, em instabilidade permanente, pois, tendo como base de seu funcionamento o equacionamento dos conflitos, pressupõe um regime no qual cada pessoa deve reconhecer a alteridade do outro e ter a sua igualmente reconhecida; (ii) o domínio da explicação científica e os seus efeitos negativos: com o progresso imenso da ciência e da tecnologia em todos os campos do conhecimento, evidenciam-se a cada dia preocupações com seus efeitos nefastos, seja no ambiente, nos alimentos, nos medicamentos, por exemplo, o quecoloca aciência e a tecnologia como simultaneamentea melhor e a pior das coisas; (iii) limitações da vida psíquica, associadas a um contexto que exige dos sujeitos que se tornem empreendedores de sua própria vida, vivendo contínuas provas,o que conduz à luta intensa para afirmar os próprios desejos e à contradição com os dos demais. Um sujeito que busca ser desejado, reconhecido, mas desenvolve uma relação paranoide com o outro, não percebendo-o em sua alteridade. Esses seriam alguns dos paradoxos associados ao mal-estar contemporâneo. Especificamente no que se refere ao mundo do trabalho, Enriquez e Teresa atestam o domínio de um "reconhecimento líquido", fruto da busca incessante de excelência e de produtividade. Nesse contexto, embora destaquem os riscos de assujeitamento, os autores procuram apostar, ao mesmo tempo, na capacidade de resistência dos sujeitos.

O trabalho em saúde, um de nossos principais objetos de pesquisa, constitui o eixo que articula os capítulos 4 e 5. No primeiro, "Criatividade e trabalho em saúde:contribuições da teoria winnicottiana", Lilian Miranda volta-se para a questão da criatividade no trabalho, analisada com base nas contribuições originadas da clínica pediátrica e psicanalítica de Winnicott, em um diálogo consistente e inovador com a leitura psicanalítica e psicossociológica de Kaës e Enriquez, respectivamente, sobre as instituições e a dinâmica das organizações.

No segundo, "O profissional da saúde como sujeito, sofrimento no trabalho e gestão", Maria Liana Gesteira Fonseca aborda a problemática do sofrimento no trabalho em saúde e suas implicações para a gestão mediante uma revisão das discussões realizadas por autores do campo da saúde coletiva e tendo como referencial central a perspectiva da psicodinâmica do trabalho desenvolvida por Christophe Dejours. Recuperando a compreensão de Winnicott de que a criatividade é inata e está relacionada justamente com a capacidade de experimentar a vida, Lilian examina a possibilidade de que os profissionais da saúde desenvolvam uma relação espontânea e viva com seu trabalho, construindo sentidos para a sua prática cotidiana. Trabalhando com os conceitos de formações intermediárias, de Kaës, e imaginário motor, de Enriquez – que guardam ligações com a ideia winnicottiana de espaço transicional –, a autora afirma a possibilidade de criação, nos serviços de saúde, de espaços favorecedores da vivência transicional, isto é, de áreas intermediárias, situadas entre o mundo empírico e o mundo interno de cada profissional. Tais espaços podem tornar possível a conversa, entre os profissionais, sobre suas vivências subjetivas e intersubjetivas e ser pensados com base em alguns dispositivos, tradicionalmente existentes nos serviços de saúde, como as discussões de caso, as equipes de referência, os colegiados de gestão, as supervisões clínico-institucionais, os grupos de trabalho, as oficinas de planejamento, as reuniões para elaboração e discussão de atendimentos feitos conjuntamente, as assembleias que envolvem toda a equipe e usuários, e tantos outros. Duas compreensões importantes para a gestão do trabalho em saúde se destacam nas reflexões da autora. A primeira é que, como observa Lilian, o trabalho criativo não nasce como uma espécie de geração espontânea. Pelo contrário: ele requer um esforço de criação de dispositivos que o facilitem, o estimulem e o sustentem. A segunda é que o favorecimento da criatividade é uma importante base para a afirmação dos serviços de saúde como espaço de realização e prazer, a despeito do inevitável sofrimento ali presente.

Por sua vez, Liana parte do reconhecimento de que o contato diário com a doença, com a morte e com o sofrimento demanda aos profissionais da saúde um intenso investimento de energia física e mental, em um nível profundo, exigindo elaborações de outras ordens para lidar com tais situações que vão muito além do aprendizado meramente técnico. Como observa a autora, nesse processo o trabalhador está longe de ser uma simples vítima; ao contrário:

embora ele seja objeto do jogo de forças institucionais, é também ativo na elaboração de modos de lidar com a realidade que se apresenta, produzindo saberes e atos que emergem na fenda irremediavelmente aberta entre o trabalho prescrito e o real do trabalho. Assim, a autora observa que o sofrimento dos trabalhadores da saúde e suas estratégias de defesa estão inexoravelmente vinculados ao modo de fazer e produzir (ou não produzir) saúde nos serviços, não se reduzindo, portanto, a um problema ligado exclusivamente à temática da saúde do trabalhador, mas também atinente à gestão do trabalho em saúde e seus desdobramentos na assistência. Coloca-se, então, para a gestão o desafio de dar suporte aos trabalhadores e ao desenvolvimento do trabalho em saúde. E aqui Liana se aproxima das proposições de Lilian, quando afirma a possibilidade de se trabalhar sobre a produção de sentido, via elaboração pela palavra, nos dispositivos grupais – espaços de acolhimento, escuta e vínculo – nos quais o reconhecimento do trabalho pelos pares se coloca como um elemento importante deste processo.

Os capítulos 6 e 7 finalizam a primeira parte do livro tratando das abordagens metodológicas que têm orientado nossas investigações e intervenções em serviços de saúde, apoiadas centralmente na perspectiva clínica psicossociológica.

No capítulo 6, "A abordagem de narrativas de vida como um caminho de pesquisa em saúde", Creuza Azevedo trata dos pressupostos e das características do campo de pesquisa denominado "narrativas de vida", baseadoem relatos de vida e histórias profissionais, adotado no âmbito das ciências sociais e humanas e considerado aqui como um caminho de pesquisa no campo da saúde. A autora focaliza as duas abordagens com as quais ora tem trabalhado: a da etnossociologia e a da psicossociologia francesa, fazendo ainda referência a outras leituras, na busca de um diálogo interdisciplinar. A perspectiva psicossociológica, ao apreender o peso da experiência subjetiva na construção social e histórica, favorece a compreensão dos processos intersubjetivos na produção da narrativa. O texto é finalizado com algumas interrogações quanto ao estatuto teórico-epistemológico das narrativas, considerando-se suas dimensões imaginária e real. Podemos compreender que, na abordagem etnossociológica de Bertaux, embora a oposição objetivo/subjetivo seja revista, há uma concepção que poderíamos denominar realista da narrativa, vista como descrição aproximada da história e dos caminhos e interações que permitem o conhecimento do jogo social. Na leitura psicossociológica, a história é compreendida como

produção de sentido no espaço intersubjetivo, e a narrativa como um texto em construção no qual se destaca a autonomia do sujeito em uma ação que resiste à totalização e ao mesmo tempo favorece a formação de uma memória comum. Para ilustrar tanto a discussão teórica quanto os procedimentos de pesquisa próprios da abordagem narrativa, são recuperados os caminhos de pesquisa percorridos em dois estudos na área de saúde coletiva, especialmente a investigação realizada por Creuza, voltada para a prática gerencial em hospitais. Esse capítulo se situa assim, na interface entre a discussão teórico-metodológica e a sua aplicação. No capítulo 7, "Por uma abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção em saúde coletiva", Marilene de Castilho Sá defende a importância dessa abordagem, partindo do reconhecimento dos desafios epistemológicos e político-institucionais que atravessam atualmente o campo da saúde coletiva. Destacam-se especialmente entre tais desafios a necessidade de se articular, nos esquemas explicativos, o subjetivo com o racional, a ação social com as estruturas, bem como de se recuperar o projeto interdisciplinar da saúde coletiva, num contexto de produtivismo científico, de predomínio dos modelos biológicos de explicação e de pretensão racionalista de modelar pessoas e sociedades. Considerando tal contexto, a autora apresenta os pressupostos e características metodológicas centrais da abordagem clínica psicossociológica. Aqui, ganham relevância o reconhecimento do papel do inconsciente, simultaneamente, na produção de conhecimento e na produção de efeitos na vida das organizações e das comunidades e o papel da implicação dos sujeitos na análise e produção de sentido. Por seu caráter interdisciplinar, por buscar transitar nas mediações entre o histórico-social e o individual/subjetivo ou entre o institucional/cultural e o afetivo/psíquico, por colocar o sujeito em posição de palavra e o sofrimento e a questão do sentido no centro da análise, a autora entende que a abordagem clínica psicossociológica pode vir a contribuir para o que Boaventura de Sousa Santos chamaria de um projeto de felicidade para a saúde coletiva. Quando coloca em cena justamente nossa implicação com os temas/objetos, problemas e sujeitos de nossas pesquisas, a defesa de uma abordagem clínica psicossociológica para a saúde coletiva é a defesa da importância da recuperação do nosso interesse efetivo e afetivo pelo que pesquisamos.

Na segunda parte do livro procura-se retratar nossos caminhos de pesquisa e intervenção em serviços de saúde, trazendo estudos realizados no campo da atençãohospitalar, da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da atenção psicos-

social. Os três primeiros capítulos têm na categoria de imaginário – central para a psicossociologia – um eixo comum, demonstrando sua utilização como categoria analítica no desenvolvimento de nossas pesquisas. Em dois capítulos, 8 e 10, o trabalho em saúde mental é objeto de investigação. O primeiro trata do desenho metodológico de uma pesquisa empírica e o segundo é um ensaio teórico. No capítulo 9, o campo é um hospital geral. Os três se voltam para a investigação da articulação entre sujeitos e o coletivo em processos intersubjetivos com base no referencial da psicossociologia francesa.

No capítulo inicial, "A psicossociologia francesa como abordagem teórico-metodológica para pesquisas em serviços de saúde", Flaviana Mara Silva expõe elementos metodológicos de uma pesquisa realizada em dois Centros de Referência em Saúde Mental (Cersams) de Belo Horizonte cujo objeto de investigação foram"práticas de assistência às pessoas com sofrimento mental em situação de crise". Além de retratar cuidadosamente a abordagem clínica psicossociológica de pesquisa, a autora procura explicitar, em sua experiência de investigação, o modo como esse arcabouço teórico mostra-se capaz de sustentar o desenvolvimento de pesquisas clínico-qualitativas em serviços de saúde. Fazendo um relato delicado do processo e do manejo das estratégias de investigação, orientadas pela perspectiva clínica psicossociológica de pesquisa, ela destaca o que definiu como duas unidades centrais de análise: as cenas assistenciais, testemunhadas na observação participante, e as narrativas dos profissionais, obtidas por meio das entrevistas em profundidade. A cena assistencial, uma unidade de análise complexa, demandou incorporar na análise os discursos e os atos em uma dinâmica situacional, sem deixar de considerar os seus "desconhecimentos" – conforme Enriquez e Barus-Michel, ou seja, as crenças, as fantasias, os medos, que também são produtores de sentidos e de contradições na assistência. A autora destaca o trabalho sobre sua própria implicação para análise das cenas assistenciais, buscando reconhecer que o seu 'objeto' só se mostra a partir da reação que ele mesmo suscita. O manejo da implicação demandou à pesquisadora reconhecer os afetos desencadeados, considerados pela via contratransferencial, nas relações estabelecidas durante o trabalho de campo. As entrevistas em profundidade permitiram uma aproximação do imaginário dos profissionais, uma das categorias teóricas centrais na abordagem psicossociológica, que propicia o acesso a representações sobre a crise, sobre a organização e suas práticas assistenciais – objetivos da pesquisa.

No capítulo 9, "O imaginário organizacional e o cuidado possível em um hospital público de emergência", Marilene de Castilho Sá volta-se centralmente para os limites e possibilidades de produção do cuidado em um hospital público de emergência do Rio de Janeiro, examinados à luz dos possíveis impactos produzidos pelo imaginário compartilhado pelos profissionais sobre o hospital, sobre o seu trabalho e sobre a população atendida. O imaginário organizacional – expresso em imagens, metáforas, alegorias, significações, fantasias e histórias sobre o hospital – é apresentado ao leitor em imagens como o "desamparo", a "carência", o hospital "do passado e do presente", "hospital dos feitos heroicos", o hospital "casa-família-escola", "o hospital do possível", entre outros emergentes, em um esforço de ilustrar, em seu trabalho de pesquisa, o trânsito entre empiria e teoria, articulando, aos seus argumentos iniciais de escuta, os que já surgem como uma produção dos sujeitos da pesquisa, na e através da pesquisa. Em um cenário comum à rede pública de hospitais do Rio de Janeiro, onde não só se produz a banalização e a indiferença em relação à dor e ao sofrimento da população, mas também se contribui para o seu agravamento, destacam-se, no hospital estudado, imagens e representações que cumprem determinadas funções psíquicas extremamente importantes para os vínculos que os profissionais estabelecem com o hospital e para a qualidade do cuidado ali produzido.

No capítulo 10, "A dinâmica do trabalho em saúde mental: contribuições da psicossociologia francesa", Vinícius Carvalho de Vasconcellos busca articular, em torno de quatro eixos de análise, o referencial da psicossociologia francesa e o trabalho em saúde mental: a dimensão imaginária e os sentidos do trabalho; a intersubjetividadee a dinâmica grupal; a relação profissional-usuário e o vínculo subjetivo com o trabalho. No primeiro eixo, o autor propõe compreender a reforma psiquiátrica brasileira como um movimento que almeja a criação de novos sentidos coletivos para a assistência, tomando a categoria 'imaginário' como ponto de partida para a formação de significações compartilhadas por um grupo social e por isso agindo simultaneamente tanto na mobilização dos profissionais e produção de novos sentidos para o trabalho quanto na resistência à mudança. No segundo eixo de análise, trata da dinâmica grupal e dos processos intersubjetivos que emergem nas equipes de saúde mental. Assim, são destacados o cruzamento de distintos projetos individuais ou grupais, a luta por reconhecimento e os conflitos daí decorrentes, numa dinâmica em que

estão presentes processos inconscientes, exigências pulsionais e experiências afetivas dos indivíduos. O autor analisa as dificuldades verificadas na dinâmica do trabalho em equipe destacando o problema da ameaça inconsciente que o outro pode representar. Tal processo favorece, na leitura de Vinícius, padrões interativos que dificultam a constituição de áreas intersubjetivas favoráveis à experiência da confiança. O terceiro eixo de análise é a relação profissional-usuário.Aqui,o imaginário dos técnicos sobre o louco demarca um conjunto de significações sobre o papel do profissional, sinalizando as possibilidades e os limites do cuidado e balizando a atuação dos trabalhadores. O último eixo é do vínculo subjetivo com o trabalho, baseado em questões atreladas ao desejo, ao narcisismo e ao reconhecimento, edos afetos vivenciados no ambiente laboral. Esse capítulo, expressando uma imersão teórica em nossa linha de pesquisa, tem ainda o grande mérito de procurar identificar novas questões, conformando uma agenda de pesquisa em que se aplica a abordagem da psicossociologia francesa ao campo da saúde mental.

No capítulo 11, "A cooperação prescrita e a cooperação possível: vicissitudes do trabalho em equipe em uma Unidade de Saúde da Família", Marcela Cunha e Marilene de Castilho Sá analisam alguns dos resultados do estudo de caso realizado por Marcela sobre o processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família, em uma unidade de saúde no município de Nova Iguaçu, no estado do Rio de Janeiro. Nele, a análise da problemática do trabalho em equipe e dos limites e possibilidades de cooperação apoia-se na leitura micropolítica das relações e na abordagem da psicodidâmica do trabalho. Entre as saídas para minimizar o sofrimento causado pelos processos de trabalho na unidade, estão alguns acordos realizados entre os profissionais que podem gerar uma prestação de serviços mais adequada ou, ao contrário, produzir relações de descuido. Um dos exemplos é a transgressão das normas que preconizam que cada médico tenha uma população adscrita, quando os médicos só atendem os usuários cadastrados em sua área que se enquadrem em seu perfil de especialidades, passando para os colegas de outras equipes os demais pacientes. As autoras observam ainda, no que diz respeito à organização das rotinas de trabalho, dois padrões de cooperação: um vertical e um horizontal, expressos, respectivamente, no modo como as equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal lidam com as tarefas de limpeza da unidade de saúde e de organização das refeições, o primeiro grupo reproduzindo de certa forma uma divisão social

do trabalho e o segundo mediante uma forma mais democrática de organização. Entre as hipóteses para explicar esses diferentes padrões de cooperação entre as equipes as autoras consideram a maior interdependência entre os trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal para a produção do cuidado como condicionante de um padrão mais horizontal de cooperação.

Embora bem distintas, as duas experiências de pesquisa e/ou intervenção – uma realizada em um hospital especializado e outra no âmbito da formação em gestão hospitalar da Ensp– desenvolvidas por nós duas têm em comum a perspectiva clínica. No Capítulo 12, "Laboratório de Práticas Gerenciais: por um dispositivo grupal de formação em gestão hospitalar voltado para os sentidos do trabalho gerencial", tratamos de uma experiência de formação no âmbito de nossa linha de pesquisa quefoi objeto de um grande investimento teórico-metodológico e representou uma experiência clínica bastante singular. O laboratório se constituiu como um dispositivo grupal, inserido na formação gerencial, que visava a colocar os dirigentes em posição de palavra e possibilitar a expressão e a compreensão das relações dinâmicas entre os sujeitos, a organização e a produção de sentido para suas práticas, para o seu trabalho. A proposta do laboratório partiu do pressuposto de que o processo de aprendizagem não compreende apenas uma dimensão cognitiva e consciente, mas também uma elaboração psíquica, apoiada, neste caso, nas vivências subjetivas e associadas ao trabalho gerencial realizado e nas implicações dos sujeitos (alunos-gestores) com esta função. Um papel fundamental e diferenciado do laboratório como dispositivo de formação foi o de favorecer o acesso à subjetividade, à expressão dos afetos, como um caminho para o desenvolvimento dos sujeitos na função de gestão. Nossa aposta foi que o laboratório, espaço de escuta e olhar atentos aos sujeitos, pudesse exercer, como processo grupal e intersubjetivo, funções de mediação e apoio para sujeitos e para o coletivo. Algumas condições tornaram possível essa experiência: além do próprio processo grupal de escuta e troca de vivências de sofrimento no trabalho, a centralidade dos processos de identificação entre os alunos-gestores. Em tais condições, consideramos que o laboratório pôde cumprir um papel de apoio e amparo, tornando-se, para os alunos gestores, uma experiência subjetiva e intersubjetiva de tolerância e confiança inserida no espaço da formação gerencial. A implicação dos coordenadores, ao mesmo tempo conduzindo o laboratório e desenvolvendo atividades como profes-

sores do curso, propiciou o trânsito entre intervenções sobre a dimensão imaginária, os afetos, o processo grupal, a articulação entre processos sociais e psíquicos e também sobre questões gerenciais/organizacionais.

No Capítulo 13, "Avaliação psicossociológica de uma estratégia de humanização do tratamento do câncer infantojuvenil: o Aquário Carioca", são apresentados os resultados de uma pesquisa avaliativa em um hospital que desenvolveu um projeto de ambientação física e aquisição de equipamentos voltado para a humanização de sua sala de quimioterapia pediátrica. No estudo realizado, procuramos avaliar, com base nos referenciais da psicossociologia clínica e da psicodinâmica do trabalho, o impacto do projeto do Aquário Carioca nos processos de trabalho, no acolhimento e no estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os pacientes no âmbito da oncologia pediátrica. Nossa pesquisa revelou que o Aquário, em oposição à sala de quimioterapia existente no passado, é visto tanto pelos profissionais como pelos usuários como o lugar dos sonhos, como possibilidade de esquecer a dor e de minimizar o desconforto e a agressividade do tratamento, de proporcionar momentos de relaxamento e prazer. Realçando o papel do ato de brincar em sua função de ilusão e de evasão temporária da dura realidade hospitalar e da doença, o espaço do Aquário não se reduz à sua dimensão física e material, mas é lócus para investimento afetivo, favorecendo o tratamento. Outro aspecto que emergiu na pesquisa é a necessidade de fortalecimento da capacidade de gestão da equipe para o enfrentamento dos problemas relacionados à atenção na hematologia. Também ganhou destaque a problemática emocional presente no cuidado oncológico, seja como manifestação do sofrimento e angústia dos familiares e suas expressões singulares na relação com os profissionais, seja como sobrecarga ou exigência psíquica que acompanha a realização do trabalho. A investigação, em que se procurou criar uma brecha para a equipe, acabou por se constituir como espaço para reflexão e elaboração dos problemas e vivências dos profissionais, e o reconhecimento do Aquário com um "bom continente" para o tratamento indicou possibilidades de intervenção nas rotinas e processos de trabalho.

No último capítulo do livro, o processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado – objetos de nossas investigações – são abordados em uma perspectiva teórica diferente daquela com a qual vimos trabalhando. Assim, em "O acompanhamento do cuidado na emergência de um hospital universitário:

um dispositivo de intervenção 'psi' nas práticas em saúde", Raquel de Andrade Barros e Claudia Abbês Baêta Neves apresentam uma experiência de pesquisa e intervenção no campo hospitalar. Trata-se do acompanhamento do cuidado em saúde em um hospital baseado nos aportes da análise institucional socioanalítica, da esquizoanálise e de dispositivos da Política Nacional de Humanização (2004), abordagens com as quais temos dialogado em nossa trajetória acadêmica. A metodologia se centrou na análise do cotidiano dos processos de trabalho nas práticas de atenção e gestão do serviço e o relato desta nos reforça a percepção das autoras sobre a impossibilidade de se dissociar, ao longo do processo de construção de intervenções nos serviços de saúde, ensino e gestão. A aposta de Raquel e Cláudia é que os processos de formação em saúde potencializam, no cotidiano dos processos de trabalho em saúde, práticas afirmativas da vida como potência de invenção e ativação de processos de autonomia.

O tema da formação é especialmente caro em nossa linha de pesquisa e intervenção, e neste livro o discutimos no capítulo que trata da experiência do Laboratório de Práticas Gerenciais. O que torna o trabalho de Raquel e Claudia particularmente rico para esta reunião de estudos é o fato de que elas aliam a perspectiva da formação interdisciplinar à intervenção nas práticas, ao modo de produzir o cuidado em saúde e à gestão cotidiana dos serviços. O trabalho foi desenvolvido através do acompanhamento, em ato, dos modos de funcionamento cotidiano, dos processos de trabalho em seus fazeres e saberes, do compartilhamento de momentos de crise, impedimentos, silenciamentos, assim como das respostas construídas em meio às situações. As autoras relatam não apenas o passo a passo da metodologia de acompanhamento do cuidado, o que é bastante útil para profissionais e todos aqueles interessados em pensar intervenções desse tipo, mas o que experimentaram como exercício de problematização coletiva da complexidade dos processos de cuidado e gestão entre os profissionais, os gerentes e os usuários – expressos na riqueza dos casos apresentados em um espaço que também nos é muito caro como objeto de estudo, o setor de emergência dos hospitais públicos. Como observam as autoras, esse espaço desempenha uma função ímpar de observatório e análise do funcionamento do sistema de saúde, e mais especificamente da rede de saúde locorregional.

Finalizando esta apresentação, parece-nos importante fazer ainda algumas observações sobre os desafios e as possíveis consequências da adoção da

abordagem teórico-metodológica que aqui propomos. O primeiro desafio se refere à construção interdisciplinar que o desenvolvimento de nossa abordagem exige, que ao mesmo tempo evite a tentação de qualquer pretensão totalizadora nas explicações dos fenômenos estudados. Desenvolver esta perspectiva interdisciplinar trazendo, para o campo da saúde coletiva, especialmente para a área da gestão, a problemática do sujeito – e particularmente dos processos inconscientes – é um importante desafio adicional que situa nossa produção na fronteira desses campos.

Outro desafio se refere ao atual contexto social de empobrecimento da linguagem, de perda de seu poder metafórico, de pragmatismo e urgência, que tem consequências importantes sobre as práticas predominantes nos serviços de saúde. É na contramão desse contexto que temos nos proposto a desenvolver uma abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção em saúde coletiva, uma perspectiva exigente de tempo, reflexiva, que não prescinde da capacidade de elaboração pelos sujeitos nos processos de pesquisa e intervenção e que não se traduz diretamente em nenhuma normativa ou 'caixa de ferramentas' para o gestor.

Assim, o reconhecimento da centralidade da dimensão intersubjetiva do trabalho gerencial e do trabalho em saúde nos obriga a considerar os limites da gestão quanto à intervenção e ao controle diretos sobre aquilo que se passa no momento 'entre-dois' em que o trabalho em saúde/gerencial se produz. Consequentemente, nos obriga também a uma postura mais modesta em termos de expectativas quanto às possibilidades de mudança das práticas de saúde: pretendemos, aqui, indicar novos elementos que possam nortear essas práticas.

As organizadoras

I. Caminhos do Pensamento

1
Subjetividade e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde[1]

Marilene de Castilho Sá
Creuza da Silva Azevedo

A perspectiva com que abordamos a problemática da gestão em saúde, e que traz para o centro da análise as relações entre subjetividade e gestão, tem sua origem, em parte, em uma perplexidade. Reconhecemos que, a despeito da potência das teorias e dos métodos do campo do planejamento e a despeito da gestão, do compromisso e do engajamento político de tantos gestores e profissionais da saúde com os princípios democratizantes e de justiça social que ao longo de quase três décadas têm inspirado o processo de Reforma Sanitária brasileira, pouco conseguimos avançar, de fato, para além da ampliação do acesso aos serviços de saúde na direção de mudanças substanciais na dinâmica dos serviços de saúde, especialmente no modo como se realizam as práticas de saúde e os processos de gestão.

Os inúmeros desafios que se colocam para a qualificação da assistência à saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não estão relacionados apenas aos problemas de ordem financeira, material e tecnológica. Tais problemas se potencializam ao se somarem, por exemplo, à apatia burocrática (Campos, 1994), ao corporativismo e à omissão dos profissionais, à falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais da saúde e

[1] Versão revisada de "Subjetividade e gestão: articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde", publicada em Sá &Azevedo, 2010.

destes com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não poupam os serviços de saúde e, aliados a um quadro crônico de subfinanciamento, de baixa governabilidade e capacidade gerencial e de precarização dos vínculos trabalhistas, têm como saldo não apenas a ineficiência, a baixa produtividade, a baixa cobertura e a baixa qualidade dos serviços, mas principalmente os sofrimentos, as sequelas e as mortes evitáveis.

Nesse contexto, o projeto grandioso da Reforma Sanitária (que em última instância pressupunha um projeto societário mais amplo (de uma sociedade solidária) tem sido, a nosso ver, cotidianamente enfraquecido, minado, em sua função de "imaginário motor" – um conceito da psicossociologia francesa (Enriquez, 1997); isto é, cada vez menos capaz de mobilizar 'corações e mentes', de canalizar o investimento e a criatividade de trabalhadores, gestores e usuários, apesar dos esforços de muitos e do sucesso de algumas experiências localizadas.

Desse modo, a gestão dos serviços públicos de saúde e a qualidade e integralidade do cuidado têm se constituído como dois dos principais desafios da Reforma Sanitária brasileira. A insuficiência da racionalidade sistêmico-estratégica das nossas teorias de planejamento e de gestão para fazer face à complexidade dos problemas apontados tem levado vários autores do campo da gestão a buscar perspectivas de análise que valorizem particularmente os aspectos microssociais e relacionais/comunicacionais presentes no cotidiano dos serviços de saúde, assim comoo papel dos sujeitos na dinâmica organizacional (Teixeira, 1997; Merhy, 2002, 2003; Onocko Campos, 2003, 2005; Pinheiro, 2001; Campos, 2000, 2003; Cecílio, 2001; Cecílio & Mendes, 2004; Rivera, 1995; Rivera & Artmann, 1993; Schraiber, 1993; Ayres, 2001; Sá, 1999).

De nossa parte, temos procurado contribuir para este debate, refletindo sobre a característica grupal/interativa, intersubjetiva e, especialmente, inconsciente dos processos organizacionais, bem como sobre os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação da sociedade contemporânea, que apresentam um impacto importante na dinâmica de funcionamento das organizações de saúde e na qualidade dos serviços ali produzidos (Sá, 1999, 2001, 2005; Azevedo, Braga Neto & Sá, 2002; Azevedo, 2005). Sob este prisma, temos nos dedicado, há pelo menos dez anos, a compreender o papel da gestão,o trabalho gerencial e a função de liderança (Sá & Azevedo, 2002; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007; Azevedo, 2010; Sá, 2009), bem como

a especificidade do trabalho em saúde e os desafios da produção do cuidado (Sá, 2005; Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008; Sá, 2009).

Para esta reflexão, temos construído um caminho de investigação que procura articular três eixos de pensamento:

- A abordagem da psicossociologia francesa a respeito das organizações e da sociedade, especialmente com base nas obras de Eugène Enriquez (1989, 1994a, 1994b, 1997) e André Lévy (1994, 2001). Nesta abordagem, o interesse está no 'indivíduo em situação'; em seus termos, não se separam o indivíduo e o coletivo, o afetivo e o institucional, os processos inconscientes e sociais. Seus estudos propiciam explicações sobre a evolução dos vínculos entre os indivíduos, sobre a dinâmica social e seus processos de mudança. A psicossociologia se constitui como uma abordagem clínica de pesquisa e de intervenção na qual a produção de sentido pelos sujeitos e seu sofrimento na vida organizacionale em sua relação com o trabalho são centrais.

- A teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais, particularmente na perspectiva de René Kaës (1989, 1997, 2003). A leitura de Kaës sobre os processos grupais permite refletir sobre as articulações existentes entre processos psíquicos subjetivos, intersubjetivos e as construções coletivas/sociais. Destacam-se os conceitos de 'intermediário' e de 'alianças e pactos inconscientes', particularmente úteis para o enfrentamento do problema da articulação psicossocial e para a compreensão dos vínculos que ligam os sujeitos entre si/os grupos e entre estes e as organizações.

- A psicodinâmica do trabalho, abordagem desenvolvida por Christophe Dejours (1994, 1999, 2004). Nesta perspectiva teórica focaliza-se a análise da relação entre trabalho, prazer e sofrimento psíquico e as estratégias de defesa dos trabalhadores contra o sofrimento.

Nenhuma das três abordagens teóricas aqui destacadas volta-se especificamente para as organizações de saúde, para o trabalho gerencial ou para o trabalho em saúde. Portanto, o nosso desafio não é pequeno: não se trata apenas de explorar possibilidades de diálogo entre as diferentes abordagens, mas de 'traduzi-las' e de explorar seus limites e possibilidades no campo da gestão em saúde.

Este caminho de investigação tem nos orientado na construção de um olhar a respeito das mediações entre as realidades psíquicas, intersubjetivas/grupais e sociais nas organizações, no trabalho gerencial, no trabalho em saúde,

na produção do cuidado e, consequentemente, a respeito dos limites e das possibilidades que tais mediações estabelecem para os processos de mudança organizacional.

A Dinâmica da Sociedade Contemporânea e suas Consequências para a Gestão e a Qualidade dos Serviços de Saúde

A aplicação da perspectiva teórica delineada tem sido feita considerando-se simultaneamente o contexto específico das organizações públicas de saúde no Brasil e a dinâmica social em que se inserem, destacando-se a problemática do laço social e dos limites e possibilidades para a gestão e a qualidade dos serviços de saúde.

Assim, em relação à compreensão da sociedade contemporânea e sua dinâmica, esta perspectiva teórica nos obriga a reconhecer um cenário muito pouco favorável à solidariedade, à cooperação e ao cuidado com a vida – princípios tão valorizados pelo projeto de Reforma Sanitária. Temas como a cooperação, a humanização e o cuidado em saúde remetem à problemática da fraternidade. Segundo Birman (2000: 184), a ética da fraternidade pressupõe, acima de tudo, a existência de um sujeito "incompleto e precário", que possa reconhecer que não é autossuficiente. No entanto, é a autossuficiência que caracteriza, como lembra o autor, o modelo de subjetivação contemporâneo. A cooperação, a solidariedade e o cuidado dependem da disposição do sujeito para se 'abrir' ao outro, para buscar o que ele não sabe ou o que lhe falta. Não podemos esperar comportamentos solidários de sujeitos que não conseguem enxergar no sofrimento e na fragilidade do outro a sua própria precariedade e insuficiência.

Diversos autores, do campo da sociologia, da filosofia ou da psicanálise, vêm procurando compreender e buscar saídas para um conjunto de 'sintomas' que põem em xeque, de modo aparentemente irreversível, o ideário da fraternidade na sociedade contemporânea.

Bauman (1998) destaca a total desregulamentação e o despedaçamento das antigas redes de solidariedade, caracterizando a situação de "incerteza radical" da vida pós-moderna. Enriquez (1994a, 1994b) acena para a intensificação do individualismo e as dificuldades de ligação com os outros. Boaventura de Sousa Santos (2001) mostra como o individualismo possessivo e a cultura

consumista produzem um desvio das energias sociais da interação com pessoas para a interação com objetos.

O incremento da violência e a intensificação dos comportamentos perversos também compõem a dinâmica social contemporânea. Dejours (1999) denuncia uma tolerância cada vez maior com as injustiças sociais e com os sofrimentos infligidos a outrem em nossas sociedades, o que funcionaria como uma defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade e a responsabilidade dos indivíduos no agravamento da adversidade social.

Jurandir Costa (2001) chama a atenção para uma passagem gradual, na sociedade brasileira, de um *ethos* predominantemente centrado no público para outro, dirigido ao culto do privado e do indivíduo, cuja característica principal foi a desqualificação sistemática da política como meio de participação dos indivíduos na gestão do bem comum, através de uma "reviravolta imaginária" que fez da política e do Estado instituições acessórias. Segundo o autor, vivemos numa cultura cínico-narcísica, cujo refrão seria o do"não tem jeito", "nada mais se deve esperar". A partir daí, não há qualquer possibilidade de se pensar a médio ou longo prazos ou de qualquer preocupação (e cuidado, poderíamos dizer) com o outro. "Pouco importa o outro ou o amanhã: importa sobreviver hoje" (Costa, 2001: 37). Impossível não reconhecer o prejuízo desse contexto para as possibilidades de planejamento, gestão, cooperação e construção de projetos coletivos.

Jurandir Costa destaca, entre os processos que vêm progressivamente conformando o modelo de subjetivação das elites brasileiras, o "alheamento em relação ao outro". Nessa perspectiva, os pobres e miseráveis são cada vez menos percebidos como pessoas morais. São vistos como uma espécie de "resíduo social inabsorvível, com o qual se deve aprender a conviver" (Costa, 2001: 80). Aqui novamente não podemos deixar de reconhecer os limites desses processos para se alcançar a qualidade do cuidado em saúde, objeto central da gestão.

As Organizações de Saúde e sua Dinâmica Psicossocial

No que se refere às organizações de saúde, o caminho teórico-metodológico adotado nos leva a rejeitar explicações sistêmicas e harmoniosas sobre o seu funcionamento. A organização é, para a psicossociologia (Enriquez, 1997), uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação, na

qual se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário para paixões presididas pelo amor (pelos processos de ligação entre os sujeitos e grupos e de investimento afetivo na organização – processos presididos pela pulsão de vida) e também pela violência, pela destrutividade, pelos processos de desligamento/ruptura – processos presididos pela pulsão de morte (Freud, 1976a; Garcia-Roza, 2000). Nessa perspectiva, a organização é considerada fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes, advindos da cena voluntária, e também de fantasias e desejos que são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos, conformando outra cena: a do inconsciente e do imaginário, com impactos concretos na vida organizacional.

Enriquez (1989, 1997) concebe a organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário, no qual se destacam a compreensão do papel do sujeito, dos processos grupais, de seu sistema de valores, e a construção de seu imaginário social. Toda organização dispõe de um sistema de normas e valores mediante o qual se procura levar seus membros a certo modo de apreensão do mundo, orientar suas ações. Tal processo de socialização encontra equivalência, em termos psíquicos, em imagens compartilhadas pelos sujeitos sobre as organizações a que pertencem e sobre seu trabalho, configurando um imaginário social mais ou menos interiorizado pelos seus membros. Assim, a organização e o trabalho adquirem sentido para os indivíduos não somente devido a seus imaginários individuais, mas também devido a uma dinâmica psicossocial e à constituição de um imaginário social.

Nessa perspectiva teórica, embora tenha uma base fantasmática, o imaginário é também o que fecunda o real, buscando fazer do real expressão de um sonho. Ele funda uma dinâmica criativa: sem imaginário não há projeto, não há utopia, nem mundo a construir (Enriquez, 1989, 1997). O imaginário é um sistema de interpretação, de produção de sentido que surge na interação e encontra-se articulado ao desejo dos sujeitos.

Na perspectiva teórica de René Kaës (1989) sobre os fenômenos grupais, temos desenvolvido uma leitura das organizações que focaliza, fundamentalmente, os processos intersubjetivos com base no que o autor denomina formações intermediárias e espaços comuns da realidade psíquica – expressos por meio de pactos e contratos inconscientes, produzidos a partir dos benefícios, do prazer e do sofrimento que os trabalhadores experimentam nas organizações.

Na teoria de Kaës, destaca-se o conceito de alianças inconscientes. Segundo o autor (1989), as alianças e pactos são formações intermediárias, formações psíquicas intersubjetivas pertencentes aos espaços comuns da realidade psíquica grupal/organizacional, fomentados pela organização a partir das contribuições e investimentos que esta exige dos trabalhadores. Tal conceito contribui para a compreensão de determinadas modalidades de vínculo que ligam os trabalhadores à organização e ao seu trabalho. Segundo o autor,

> Para se associar em grupo, (...) os humanos não somente identificam-se com um objeto comum e daí, igualmente entre eles, selando também um acordo inconsciente segundo o qual, para manter seu vínculo e o grupo que o contém, não se dará atenção a um certo número de coisas: elas devem ser recalcadas, rejeitadas, abolidas, depositadas ou apagadas. (Käes, 2003: 257)

Já tivemos oportunidade de demonstrar (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007) o quanto o conceito de alianças inconscientes é particularmente importante para entendermos, por exemplo, os processos de 'cegueira' de muitos trabalhadores da saúde em relação à adversidade de suas condições de trabalho ou mesmo em relação aos processos de banalização do sofrimento humano e negação da condição de humanidade dos pacientes.

Por sua vez, a perspectiva de Dejours (1999) nos mostra que são várias as defesas individuais e coletivas buscadas pelos trabalhadores para minimizar o seu sofrimento no trabalho. As estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento no trabalho têm um papel paradoxal: não apenas evitam que os trabalhadores enlouqueçam a despeito das pressões que enfrentam, mas desempenham um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão. Daí sua importância para pensarmos a dinâmica das organizações. Ou seja, essas defesas também

> podem funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético [experimentado pelo sujeito por infligir a outrem um sofrimento por causa de seu trabalho] e não mais apenas psíquico. (Dejours, 1999: 36)

Nesse sentido, entendemos que tais defesas podem representar sérios limites ao cuidado em saúde, por exemplo, pois, ao permitirem uma "eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer" (Dejours,

1999: 128), elas podem igualmente levar à negação da vulnerabilidade do outro, particularmente no caso de serviços de saúde, produzindo indiferença pelo sofrimento alheio, descuidos, apatia e, por vezes, falta de responsabilidade.

Outra contribuição importante da abordagem da psicodinâmica do trabalho diz respeito à dinâmica do reconhecimento. A possibilidade de transformação do sofrimento em prazer passa pelo reconhecimento, compreendido como gratidão pelas contribuições proporcionadas pelos trabalhadores à realização do serviço e também como constatação das contribuições dos profissionais à organização, sem as quais a organização do trabalho prescrito não chegaria a bom termo (Dejours, 2004). Portanto, entendemos que a dinâmica do reconhecimento também seja um importante condicionante dos vínculos que o trabalhador estabelece com o seu trabalho e com a organização onde se insere.

Assim, neste caminho de investigação que temos construído sobre as organizações, a possibilidade de produção de acordos e projetos coletivos não pode ser vista apenas como fruto do exercício de um movimento consciente e volitivo dos sujeitos, com base, exclusivamente, em argumentos racionais, numa racionalidade instrumental-teleológica. Entendemos que a interação nas organizações envolve os sujeitos e os grupos e, assim, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, dos processos inconscientes, enfim, da dimensão imaginária e simbólica das organizações, para além das, ou paralelamente às, suas dimensões materiais, burocráticas, políticas e sociais.

Outro ponto importante dessa perspectiva teórica é que, embora venhamos explorando caminhos que permitam analisar a articulação entre intersubjetividade e a construção de processos de mudança, com base nas identificações e investimentos libidinais entre os sujeitos, isto é, apoiados na pulsão de vida (Enriquez, 1997; Freud, 1976a), não deixamos de lado o reconhecimento dos elementos que atuam no sentido contrário, de resistência à mudança, de desconstrução do vínculo social, fundamentais na compreensão da dinâmica atual das organizações de saúde. É preciso compreender a manifestação da violência como expressão do ataque aos vínculos nas organizações de saúde. Os hospitais e os serviços de saúde em geral mostram-se também como espaço para manifestação de hostilidade e violência que se expressa, por exemplo, como mal-estar, boicotes, comportamentos autoritários, proliferação de mentiras e comportamentos paranoides por parte de indivíduos e grupos (Sá & Azevedo, 2002). As organizações, ao favorecerem a luta pelo poder, mostram-

se como campo propício à pulsão de morte (Enriquez, 1994a, 1994b; Freud, 1976a; Garcia-Roza, 2000) em sua ação disjuntiva. Sem o reconhecimento desses processos, corremos o risco de alimentar uma visão muito otimista das organizações que, longe de contribuir para se avançar na cooperação e solidariedade, produz cegueira sobre seus obstáculos.

O Trabalho Gerencial e a Função de Liderança

Do ponto de vista do trabalho gerencial, em analogia com a leitura de Merhy (2002) sobre a natureza do trabalho em saúde, tratamos a gestão e o trabalho gerencial como 'trabalho vivo em ato', que se realiza entre sujeitos. Tendo por base a leitura psicanalítica sobre a importância potencial da função de liderança para a constituição do laço social, enfatizamos o papel intersubjetivo que os gestores/diretores exercem nas organizações (Sá & Azevedo, 2002; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007; Azevedo, 2010). A função psíquica potencialmente exercida pelo chefe é estruturante, podendo ser propícia à coesão, à identificação e ao tratamento de conflitos. Assim, a fragilização da função de liderança ou os ataques a ela, ao que ela representa, como possibilidades de ligação, de investimento psíquico e identificação, podem indicar um ataque aos vínculos entre os sujeitos na organização, fortalecendo a fragmentação e a compulsão à repetição.

A categoria de intermediário, trabalhada por Kaës, tem sido particularmente útil em nossos estudos para a compreensão do fenômeno da liderança. Segundo o autor, "ministros, chefes, dirigente, líder realizam funções psíquicas intermediárias e encarnam essa função" (Kaës, 1989: 33). Para Kaës, as formações e processos psíquicos intermediários são formações de ligação, de passagem de um elemento a outro, exercendo no espaço interpsíquico o papel de mediadores, representantes, objetos transicionais, porta-vozes. As formações intermediárias asseguram então as condições psíquicas da vida da instituição, ou seja, "contribuem para a sua permanência e para a sua capacidade de engendrar a continuidade; para a sua estrutura e para a sua capacidade estruturante; (...) e consequentemente para a definição da sua identidade" (Kaës, 1989: 34).

Desse modo, as formações e processos psíquicos intermediários entre os sujeitos singulares e o grupo propiciam a articulação entre a psique dos sujei-

tos e a realidade do grupo. Assim, a pessoa, objeto ou espaço intermediário funciona como operador de identificações imaginárias e simbólicas, podendo favorecer a construção de processos coletivos (Sá, 2009). Para Kaës (1989, 1997), entre as funções psíquicas associadas às formações intermediárias encontram-se aquelas favoráveis ao vínculo, destacando-se as de suporte, apoio e sustentação.

A gestão e os próprios gestores, na difícil posição de governar, cumpririam então, em tese, essa função de passagem e articulação entre as questões de governo, de condução da organização e interesses e desejos dos vários grupos de trabalhadores. Na função de mediação, os gestores potencialmente favoreceriam o fortalecimento do laço social, podendo propiciar uma experiência de grupalidade que leve a explorar a governabilidade e a autonomia das equipes e, assim, a construção de novos sentidos para o trabalho e de novos imaginários na organização (Onocko Campos, 2003; Azevedo, 2010).

A situação de degradação das condições de trabalho e de deficiências de toda ordem na maioria dos serviços públicos de saúde impõe uma crise que vai além da gerencial e assistencial, emergindo como uma crise também de sentido (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007). Tal cenário minimiza as possibilidades de afiliação e os vínculos de pertencimento, assim como as possibilidades de exercício da liderança e da função gerencial. Em nossas reflexões sobre os processos de gestão, temos investigado o potencial de os dispositivos coletivos se mostrarem propícios à construção subjetiva, particularmente ao exercício de funções psíquicas pelo grupo ou pelo líder, funcionando como um espaço para a realização da função intermediária, favorecendo a ligação entre os membros do grupo. Esses espaços coletivos, macro no âmbito de direção, ou micro no âmbito das equipes de trabalho, podem apoiar a construção de processos identificatórios, de novas simbolizações sobre o trabalho nos serviços de saúde, e mesmo a constituição de novos vínculos entre os profissionais.

O Trabalho em Saúde e a Produção do Cuidado

Um terceiro objeto de investigação ao qual temos centralmente nos dedicado diz respeito ao trabalho em saúde e à produção do cuidado (Sá, 2005, 2009). A especificidade do trabalho em saúde apresenta também implicações sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado. Compreendemos o trabalho em saúde como essencialmente intersubjetivo, uma intervenção de um

sujeito sobre outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte. Por se tratar de "trabalho vivo em ato" (Merhy, 2002: 45), entendemos que esta dimensão intersubjetiva seja aquilo que, desse trabalho, mais escapa às estratégias de controle gerencial, mas não pode ser dissociada dos demais componentes desse trabalho (tecnologias, saberes etc.). Schraiber (1993) e Merhy (2002) já o demonstraram: ela não só é condição de eficácia do trabalho em saúde como lhe é central, essencial, o que nos impõe imensos desafios, no tocante à gestão, para a garantia de qualidade das ações produzidas. Um dos desafios desse trabalho é, na perspectiva psicanalítica, o fato de que os homens não veem seus semelhantes apenas como apoio ou fonte de conforto, mas igualmente como fonte de ameaça, o que impõe sérios limites à disposição para a solidariedade e cuidado com o outro. Estão em jogo aqui os processos identificatórios (Freud, 1976b; Roudinesco & Plon, 1998) e sua importância quando se trata das possibilidades de solidariedade e do cuidado. Do mesmo modo, lidar com a dor, com a morte, com o sofrimento e com os corpos dos outros pode despertar, como o demonstrou Menzies (1970), sentimentos contraditórios, fantasias e desejos difíceis de controlar, como, por exemplo, piedade, compaixão, amor, ódio e ressentimento, nojo, repulsa.

Assim, pela centralidade de sua dimensão relacional e intersubjetiva, o trabalho em saúde é altamente exigente de trabalho psíquico, entendido aqui como a produção de processos e formações inconscientes, como as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações e as estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico no trabalho. Estas podem ser positivas, com relação ao outro e ao trabalho, por exemplo, mas também podem expressar o desejo de domínio, a inveja, a negação do outro, ou sua representação como mero objeto de gozo, destituído de subjetividade. Isso significa dizer que o trabalho psíquico empreendido pelos profissionais da saúde (individual ou coletivamente) na realização de seu trabalho produz efeitos sobre a qualidade do cuidado em saúde.

Acreditamos que o modo como os sujeitos responderão às exigências de trabalho psíquico impostas pelo trabalho em saúde depende da articulação de suas histórias individuais com as do conjunto intersubjetivo – do coletivo de trabalho ou das organizações – onde se inserem, condicionando favorável ou desfavoravelmente a produção do cuidado.Do mesmo modo, essas exigências de trabalho psíquico podem ser intensificadas pelas con-

dições materiais e pelo contexto organizacional e social em que o trabalho em saúde se realiza.

Os Serviços de Saúde como Universo Simbólico e Imaginário e as Possibilidades de Mudança das Práticas de Saúde e de Gestão

Se o reconhecimento da centralidade da dimensão intersubjetiva do trabalho gerencial e do trabalho em saúde obriga a gestão a considerar seus limites de intervenção e de controle diretos sobre aquilo que se passa no trabalho "vivo em ato" (Merhy, 2002) – no momento 'entre-dois' (ou 'entre-nós') em que o trabalho em saúde/gerencial se produz e se consome –, o reconhecimento de que parte dos processos intersubjetivos que ali se dão são da ordem do inconsciente, isto é, daquilo a que os sujeitos não só não controlam, como não têm acesso diretamente, desconhecem em si mesmos, obriga-nos a uma postura mais modesta com relação às possibilidades de mudança das práticas de saúde e apontam para novos elementos norteadores dessas práticas.

O fato de não controlarmos boa parte desses processos não nos isenta de responsabilidade pelas consequências negativas que eventualmente possam apresentar sobre a qualidade do cuidado, nem nos exime da responsabilidade de propor e tentar mudanças.

Ao longo deste trabalho temos afirmado que o espaço dos serviços de saúde não é só um espaço material, normativo e político, mas um espaço interpsíquico: o modo como está organizado esse universo simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos nos serviços condiciona sua capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde e de gestão. Considerar essa dimensão simbólica e imaginária é compreender a complexa dinâmica entre os indivíduos e as organizações, entre os sujeitos e o coletivo, o que demanda outra perspectiva para se analisar a cena organizacional, principalmente quando se trata de pensar sobre situações de crise e processos de mudança.

Apresenta-se, então, uma dupla tarefa para que possamos avançar na proposição e nas tentativas de implementação de mudanças nas práticas de saúde que possam ir além das soluções macropolíticas (esforços de reorganização e melhoria das condições e dos processos de trabalho). De um lado, explorar,

buscar (re)conhecer os processos intersubjetivos/inconscientes presentes no modo como se realiza o trabalho gerencial e em saúde e suas consequências sobre a vida organizacional e a qualidade do cuidado. De outro, buscar, propor e/ou fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de saúde que favoreçam a gestores e trabalhadores da saúde o acesso à sua própria subjetividade – ao (re)conhecimento das fontes de seu sofrimento e prazer no trabalho, dos vínculos imaginários/afetivos que os ligam ao trabalho, às organizações, ao outro (profissional, usuário), e do sentido do trabalho em suas vidas.

Compreendemos, portanto, que não se trata apenas de criar espaços para trocas autorreflexivas, ou comunicativas. É preciso compreender tais dispositivos como espaços subjetivos comuns em que se manifestam processos inconscientes, mas também como possibilidades de elaboração psíquica pelos membros do grupo, procurando ao mesmo tempo estar voltados para questões práticas. Tais dispositivos seriam por excelência, como afirma Onocko Campos (2005: 583), o lugar para decisões coletivas e de análise das situações vividas "com maior grau de implicação dos sujeitos com respeito ao que é produzido nos serviços de saúde". Essas características fazem de tais dispositivos espaços de articulação psicossocial (Käes, 2003), de trânsito entre o eu e o grupo, como conjunto intersubjetivo, capaz de fomentar a compreensão dos processos de crise e de se constituir como espaço/*setting* que sustenta os momentos críticos de fragmentação, conflitos e tensão entre o que está instituído e a capacidade criativa e de invenção dos sujeitos.

Nessa perspectiva, alguns processos e produções a seguir indicados têm sido considerados por nós elementos de pesquisa e também de abordagem/intervenção da gestão em saúde:

1. A dinâmica prazer-sofrimento no trabalho.

2. O imaginário compartilhado pelos profissionais sobre o serviço de saúde, sobre a gestão, sobre o trabalho em saúde e sobre o outro (paciente/população atendida).

3. Os processos de identificação (base para a cooperação, solidariedade e cuidado em saúde, como também para comportamentos defensivos)

4. Os processos grupais, as possibilidades de construção de espaços intermediários e experiências criativas no conjunto intersubjetivo.

Trata-se, portanto, de buscar outras formas de se fazer gestão em saúde. Nessa perspectiva, a gestão teria a função de oferecer certo suporte (Käes, 1997) e de criar instâncias de análise para as equipes.

Na abordagem clínica psicossociológica (Giust-Deprairies, 2001), trata-se de desenvolver capacidade de escuta (e de resposta ou encaminhamento) do sofrimento (não só dos pacientes, mas igualmente dos trabalhadores/gestores) e das demandas por sentido que atravessam a vida organizacional:

> Trabalhar na compreensão das lógicas internas das pessoas e dos grupos, em suas ligações com as lógicas internas das organizações, implica necessariamente levar em conta os componentes subjetivos. Portanto, a questão do sentido não diz respeito somente ao privado ou individual, ela também se refere ao social. (Giust-Deprairies, 2001: 231)

O principal desafio seria, então, o desenvolvimento de outra lógica, de outra função para os espaços tradicionalmente voltados para o planejamento e gestão, privilegiando-os como lócus para articulação psicossocial. A responsabilidade dos gestores, para ser responsabilidade pelos gastos públicos, tem que ser, antes, responsabilidade para com o outro. A responsabilidade para com o outro é a essência do cuidado e também da gestão – a base para a solidariedade e para a cooperação.

Para que possamos, no entanto, ser responsáveis com o outro, precisamos ser responsáveis pelos nossos próprios desejos e conflitos (Kehl, 2002). Precisamos ter acesso ao nosso próprio sofrimento, à nossa própria subjetividade. O acesso à subjetividade se coloca então não só como uma necessidade pessoal, privada, mas como uma necessidade social (organizacional) – condição para um melhor exercício do trabalho gerencial e do trabalho em saúde.

A abordagem aqui desenvolvida, se tem como mérito a ampliação de nossa visão sobre o universo organizacional, compreendido por sua complexidade social e humana, pode gerar, ao mesmo tempo, certo desconforto por não se traduzir diretamente em nenhuma normativa, nem caixa de ferramentas para o gestor, descortinando, na verdade, apenas algumas estratégias a serem exploradas.

Por fim, é também importante destacar que a abordagem teórica que adotamos e a visão quanto ao papel da gestão que daí se origina envolvem a necessidade de se ampliar os níveis de análise e de intervenção nos processos organizacionais. Apoiadas na leitura de Enriquez (1997), poderíamos identificar a importância dos níveis histórico, institucional, individual, grupal,

entre outros, como recortes que se articulam na explicação dos problemas e desafios organizacionais. A importância dos referidos níveis indica, ao mesmo tempo, que as estratégias para o desenvolvimento das organizações ou para nelas desencadear processos de mudança não devem se restringir a uma visão instrumental e gerencialista, perspectiva que tem predominado no campo da gestão e também ganhado importância no âmbito do SUS.

Referências

AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AZEVEDO, C. S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva,* 15(Supl.1): 959-966, 2010. Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.

AZEVEDO, C. S.; BRAGA NETO, F. C. & SÁ, M. C. O indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 235-247, 2002.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.410-2.420, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(1): 63-72, 2001.

BAUMAN, Z. *O Mal-Estar na Pós-Modernidade.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BIRMAN, J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! *In*: KEHL, M. R. (Org.). *Função Fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. *In*: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde.* São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. *Um Método para a Análise e Cogestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.* São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em debate, 131)

CAMPOS G. W. S. *Saúde Paideia.* São Paulo: Hucitec, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.* Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. & MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade*, 13(2): 39-55, 2004.

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos. *In*: BUARQUE, C. *et al*. (Orgs.). *O Desafio Ético*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

DEJOURS, C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

DEJOURS, C. Parte I: Trajetória Teórico-Conceitual; Parte II: A Clínica do Trabalho; Parte III: Perspectivas. *In*: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. (Orgs.). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2004.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. *In*: KAËS, R. (Org.). *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. *In*: LEVY A. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. O papel do sujeito humano na dinâmica social. *In*: LEVY, A. M. *et al*. (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

FREUD, S. *Além do Princípio do Prazer* [1920]. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v. XIII. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud)

FREUD, S. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*. Rio de Janeiro: Imago, 1976b.

GARCIA-ROZA, L. A. *Artigos da Metapsicologia, 1914-1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

GIUST-DEPRAIRIES, F. O acesso à subjetividade: uma necessidade social. *In*: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta, 2001.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. *In*: KAËS, R. *et al.* (Orgs.). *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KAËS, R. O intermediário na abordagem psicanalítica da cultura.*Psicologia USP*, 14(3): 15-34, 2003.

KEHL, M. R. *Sobre Ética e Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LÉVY, A. A psicossociologia: crise ou renovação? *In*: LÉVY A. & MACHADO, M. M. (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. Belo Horizonte: Autêntica, Fumec, 2001.

MENZIES, I. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. Trad. Aracky M. Rodrigues. São Paulo, 1970. (Mimeo.)

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. *In*: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Saúde Paideia*. São Paulo Hucitec, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde* Coletiva, 10(3): 573-583, 2005.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.

RIVERA, F. J. U. *Agir Comunicativo e Planejamento Social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

RIVERA, F. J. U. & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 355-365, 1999.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SÁ, M. C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 255-258, 1999.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6: 151-154, 2001.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a humanização das práticas de saúde. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 13 (supl. 1): 651-664, 2009.

SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. S. Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*, 36(1): 507-527, 2002.

SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.345-2.354, 2010.

SÁ, M. C; CARRETEIRO, T. C. & FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6): 1.334-1.343, jun. 2008.

SANTOS, B. S. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 1997.

2
A Sociedade Contemporânea e as Possibilidades de Construção de Projetos Coletivos e de Produção do Cuidado nos Serviços de Saúde

Creuza da Silva Azevedo

Procuro aqui refletir sobre os limites e as possibilidades da gestão dos serviços de saúde no Brasil, do desenvolvimento de projetos coletivos e da produção do cuidado, considerando o plano societário. Para tanto, analiso as características marcantes da sociedade contemporânea e do mal-estar na atualidade, como também as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na gestão das organizações. Assim, examinarei algumas questões advindas da configuração das sociedades ocidentais atuais, da reestruturação produtiva e do vínculo dos indivíduos com as organizações, tendo em vista os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação dominantes e suas possíveis implicações para a dinâmica e gestão dos serviços de saúde.

No âmbito da gestão e da produção do cuidado em saúde, temas como cogestão, gestão compartilhada, trabalho em equipe, humanização, acolhimento vêm ganhando destaque na agenda e na formulação de políticas setoriais. Orientadas não só pelos saberes acadêmicos e técnicos, como também pelos valores e posições éticas de seus profissionais e gestores, as práticas nos serviços de saúde são perpassadas pelos sentidos que as equipes atribuem aos projetos assistenciais e gerenciais. As possibilidades de cooperação, de construção de projetos coletivos que focalizem a questão da solidariedade e da maior responsabilidade com o outro nos remetem – a partir das leituras psicossociológica,

de Eugène Enriquez, e psicanalítica, baseada em Joel Birman, Jurandir Freire Costa e Benilton Bezerra Jr. – à questão do laço social, da sociabilidade possível no contexto social contemporâneo, como também à problemática da identificação e das possibilidades de idealização nos serviços públicos de saúde no Brasil (Azevedo, 2005).

A Sociedade Contemporânea

Os processos de globalização diluíram as fronteiras, aceleraram os processos migratórios, transformaram os processos de trabalho e esvaziaram as ações políticas voltadas para a construção de utopias, como também, em outro plano, alteraram os mecanismos de produção de valor e, no âmbito da sociabilidade, de vínculos afetivos, ou seja, produziram uma revolução nunca vista. Apresentam-se como dimensões importantes neste processo de intensas mudanças sociais a desconstrução de referências simbólicas duradouras e o crescimento explosivo de técnicas de intervenção biológica e social (Bezerra Jr., 1999). A sociedade ocidental contemporânea, na visão de diversos autores, caracteriza-se por um déficit de ideais e referências, pelo abandono do discurso de emancipação, pela desregulamentação, pelo recrudescimento do domínio privado em detrimento do público, pelo individualismo, pelo enfraquecimento do laço social, entre outras características que restringem as possibilidades de construção de projetos coletivos. As múltiplas caracterizações enunciadas indicam uma perspectiva pluridimensional, e a existência de vários ângulos e eixos de análise da sociedade ocidental contemporânea.

Boaventura de Sousa Santos (2001) é uma das referências para se compreender a situação social contemporânea. Para esse autor, vivemos uma transição que, por si só, impõe certa cegueira, dificultando até mesmo nomeá-la. Ao analisar a modernidade, Santos procura delimitar certo trajeto histórico e uma periodização. Em sua compreensão, estaríamos vivendo o terceiro período da modernidade – que se inicia nos finais da década de 1970 ou um pouco mais tarde em alguns países –, designado como o período do capitalismo financeiro ou do capitalismo desorganizado. O autor caracteriza esse período com base em dois campos fundamentais: o da regulação e o da emancipação.

No campo da regulação, as mudanças teriam sido profundas, considerando-se o curto período em que ocorreram. O mercado adquiriu um vigor sem

precedentes, expandindo-se para além da esfera econômica, 'colonizando' o Estado e a comunidade, atravessados pela crença neoliberal. No plano econômico, houve um crescimento explosivo do mercado mundial orientado pelas empresas multinacionais, o que limitou a capacidade de regulação nacional da economia. Em termos políticos, o Estado nacional perde em parte sua capacidade e também sua vontade política para continuar a regular a produção e a reprodução social. Neste contexto, ganharam peso as privatizações, houve uma retração das políticas sociais, expandindo-se, particularmente nos países centrais, a crise do Estado-providência. A internacionalização da economia se instaura enfraquecendo o Estado, que tendeu a se tornar 'mínimo' e, portanto, pouco sensível aos problemas e sofrimentos dos indivíduos. Todos esses aspectos implicam, segundo Santos (2001), a constituição de um contexto de desregulação global da vida econômica, social e política, caracterizando uma situação de intensa volatilidade e, ao mesmo tempo, de impotência.

As esferas pública e privada sofreram também grandes mudanças. Efeito do individualismo e da desregulamentação, observa-se a fragilização (a privatização) de tarefas do coletivo que passam a se inserir na esfera do individual. Um exemplo é a tendência à fragilização dos dispositivos de previdência aliada ainda à reestruturação e à precarização do trabalho – contratos por prazo determinado e temporários, subcontratos e ameaça do desemprego – determinando que cada indivíduo seja responsável pela gestão dos riscos que se apresentam ao longo de sua vida.

No contexto atual, apagam-se os limites da responsabilidade individual e coletiva. Assim, constitui-se uma despolitização radical do mundo, reduzindo-se todo mal-estar a questões de competência ou incompetência individual para viver. Neste novo horizonte, o público não coloniza mais o privado. Se antes o Estado disciplinava e moralizava a esfera privada, agora o privado se expande e povoa o público.

Assim, na leitura de Santos (2001), entre os dilemas de nosso tempo, teríamos o confinamento em uma ética individualista, uma "micro-ética" que se torna obstáculo para pensar responsabilidades por acontecimentos societários. Em contrapartida, o indivíduo livre da moral e responsável por si mesmo torna-se, na verdade, frágil, estando, na visão de Alain Ehrenberg (2000), fatigado por sua soberania, pois não encontraria mais no espaço público a possibilidade de livrar-se da tarefa impossível de ser seu único amparo.

Zygmunt Bauman (1998, 2007) é também autor fundamental na análise da condição pós-moderna. Suas ideias reforçam as de Santos sobre a fluidez contemporânea, acenando, então, para a constituição de uma situação que chamou de "mal-estar da pós-modernidade". Para esse autor, a instabilidade como imperativo e a descontinuidade marcam a vida atual, experienciada como uma sucessão de reinícios submetidos à regra do descarte, como ligações frouxas e compromissos revogáveis, gerando o despedaçamento de antigas redes de solidariedade, produzindo grande insegurança e constituindo um contexto de "incerteza radical", permanente e irredutível.

Ao examinar a condição contemporânea considerando o campo da emancipação, Santos (2001) ressalta que, com a crise da ideia de revolução social e o domínio do neoliberalismo, os princípios emancipatórios parecem se esgotar ou se mostram domesticados. Tal diagnóstico aproxima-se do desenvolvido por Eugène Enriquez (1994). Para esse autor, encontramos como pano de fundo das sociedades contemporâneas a perda progressiva de referências ideológicas, o fim da referência a toda transcendência e, paradoxalmente, a constituição de novos sagrados, especialmente o dinheiro, como medida para todas as coisas, e o desenvolvimento da ciência, da técnica e da tecnologia representando a possibilidade de um progresso indefinido, ilimitado, do homem (Enriquez, 1994, 1997a).

Vivemos ainda, segundo Nicole Aubert (2003), uma mutação radical em nossa relação com o tempo; diante da imposição de novas exigências, a cultura do imediato nos leva a trabalhar na urgência permanente para ganhar eficácia. O presente gera grande fascinação, saindo de foco a temática da memória e do passado. Assim, emergem novas formas de expressão de nossa relação com o tempo, que são a urgência, a instantaneidade e a velocidade.

Registra-se, então, que o século XX, em mais um dos seus efeitos surpreendentes, transformou o tempo em falta de tempo. A urgência torna-se a base para um novo modo de domínio da vida coletiva, no qual o tempo se associa ao dinheiro, à rentabilidade. Sob a compressão do tempo surge a necessidade de fazer mais coisas em menos tempo, com menos pessoas – que devem ser cada vez mais polivalentes.

Outra dimensão importante a respeito do modo contemporâneo de vivenciar o tempo é relativa à produção de sentido. O homem, prisioneiro da urgência, vive como se a resolução de problemas pudesse, por si só, dar significado à sua ação, assumindo, assim, um papel defensivo: "estas *culturas*

da urgência se caracterizam por uma supervalorização da ação, concebida como antídoto contra a incerteza" (Aubert, 2003: 102, grifo do autor). A sociedade contemporânea, funcionando no registro da reatividade, mostra dificuldades para fazer face ao futuro e, portanto, para construir projetos que viabilizem mudanças (Aubert, 2003).

Ainda a respeito do tema 'tempo na contemporaneidade', é importante ressaltar que, ao considerá-lo subordinado à rentabilidade, desconsideramos o que lhe é fundamental, que remete à sua compreensão como experiência e "tecido da vida", como nos indica Maria Rita Kehl (2009) a partir de Antonio Candido, algo do sujeito, inalienável. Assim, estaríamos perante uma mudança que é brutal para o sujeito e para o seu psiquismo e que é um sintoma da vida social.

Assim, é imperioso reconhecer os enormes desafios e obstáculos que o contexto social contemporâneo – caracterizado pelo individualismo, conformismo, pela incerteza e pelo culto à urgência – impõe à construção de projetos partilhados e coletivos. Sob o domínio da fragmentação e do déficit de ideais emancipatórios na sociedade, parecem limitadas as possibilidades de construção de processos de mudança que fortaleçam a dimensão pública das organizações de saúde.

A Pós-Modernidade e a Subjetividade

Cada sociedade conforma as bases sobre as quais se constituirá a experiência subjetiva de seus membros. O fortalecimento, nas últimas décadas, do princípio de mercado e do ideário liberal tem orientado uma revalorização da subjetividade, em detrimento da cidadania, conduzindo, por um lado, ao autocentramento dos sujeitos, ao narcisismo e, por outro, a um novo idealismo, representado pelo que Santos (1999) denominou culto aos objetos. Os dilemas enfrentados nas últimas décadas, a partir da ideologia do individualismo, engendram uma recusa a qualquer tipo de filiação ou herança simbólica, conformando um contexto de diluição de referências nas quais alicerçar os processos identificatórios. Os objetos, na falta de marcas simbólicas, funcionam como "caução" para imagens identitárias (Bezerra Jr., 1999: 115).

Entre as formas de subjetivação da atualidade, estão a negação do sofrimento e a busca irrefreável de felicidade. O sujeito nega tanto a sua dor

quanto a do outro, na interação com seu o sofrimento. Estaríamos diante do que Cristopher Lasch (1983) denominou "cultura do narcisismo", na qual a subjetividade se concebe de forma autorreferida, sem atentar para a existência do outro, associando individualismo e consumo na busca imperiosa do prazer. A cultura do hedonismo, mediada pelo consumo, produz então a ilusão de felicidade (Fortes, 2004). Os indivíduos encontram-se voltados para si e em profunda solidão. Para Enriquez (1994), o processo de individualização, na verdade, favorece a massificação e o conformismo. Embora os indivíduos se acreditem livres, encontram-se cada vez mais incapazes de um pensamento individual e responsável (Enriquez & Carreteiro, 2003).

Nesse contexto, há um privilégio da superfície, do simulacro. O autocentramento se conjuga com o valor da exterioridade. Observa-se o culto ao corpo, que passa a ser uma referência e objeto de investimento privilegiado (Carreteiro, 2003; Bezerra Jr., 1999; Birman, 1999). Constitui-se então o que Debord (1997: 18) chamou da "sociedade do espetáculo", ou seja, uma sociedade em que a subjetividade assume uma "configuração estetizante": "o mundo real se transforma em simples imagens, as simples imagens tornam-se seres reais e motivações eficientes de um comportamento hipnótico. O espetáculo, como tendência a fazer ver".

Birman (2000) desenvolve importante reflexão sobre a questão da fraternidade na sociedade contemporânea. O autor reconhece que, no mundo pós-moderno, o ideário da fraternidade foi fortemente abalado. Para ele, a ética do laço fraterno pressupõe, acima de tudo, a existência de um sujeito "incompleto e precário", o que significa que a fraternidade só é possível se o sujeito puder reconhecer que não é autossuficiente. No entanto, como afirma Birman, é justamente a autossuficiência do sujeito que caracteriza o modelo de subjetivação contemporânea, embasado na "cultura do narcisismo" e na "sociedade do espetáculo".

Assim, no contexto do narcisismo e da aparência, o desejo encontra-se fora da referência 'alteritária', minimizando a relação de responsabilidade com o outro. Desse modo, o indivíduo contemporâneo procura mostrar-se capaz de controlar as coisas e os outros, buscando evidenciar sua virilidade, sua força, tornando-se, no entanto, limitado para estabelecer relações sociais marcadas pela reciprocidade (Enriquez & Carreteiro, 2003).

Para Birman (1999: 24),

> Os destinos do desejo assumem, pois, uma direção exibicionista e autocentrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. (...) Na ausência de projetos sociais compartilhados, restam apenas para as subjetividades os pequenos pactos em torno da possibilidade de extração do gozo do outro.

A "cegueira moral" (Santos, 2001) originada na total prioridade ao mercado impõe o despedaçamento das redes societárias, a negação de todas as razões não econômicas e a dificuldade de gerar laços sociais duradouros, caracterizando-se as relações interpessoais por encontros sucessivos e efêmeros. Há um distanciamento de um projeto de comunidade – defensora do direito universal à vida digna –, e há uma promoção do mercado como valor máximo (Bauman, 1998).

O incremento do narcisismo, à custa da extorsão do gozo do outro, produziu efeitos importantes nos registros individuais e coletivos. O aumento da violência e o incremento dos comportamentos perversos na sociedade atual e em especial no Brasil seriam resultantes do que Enriquez (1994) chama de déficit de interdições estruturantes característico das sociedades ocidentais contemporâneas.

Desse modo, apresentam-se como consequência da atual dinâmica social a exclusão, a intolerância, a intensificação de comportamentos perversos, enfim, elementos do que Freud (1976) denominou "narcisismo das pequenas diferenças". O narcisismo grupal pode levar à xenofobia, ao racismo e mesmo ao fanatismo, fenômenos crescentes nas sociedades contemporâneas (Enriquez, 1994). No mesmo sentido pode ser citada a análise de Cristophe Dejours (1999b) a respeito da banalização da injustiça social em nossa sociedade, fruto da tolerância e da resignação dos indivíduos diante dos sofrimentos infligidos aos outros. Esse autor destaca ainda as estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico que atuam para tornar mais aceitável cometer atos que se condena moralmente. As modalidades de relações sociais e econômicas parecem estabelecidas por princípios próximos ao da seleção natural (Plastino, 2009), próprias de uma dinâmica que desconsidera qualquer necessidade emocional do outro que não é mais visto como um próximo com quem se vive.

Ao enfocar a realidade brasileira, Costa (2001) aborda a violência crescente em nossa sociedade a partir de articulações entre comportamentos privados da elite nacional e fenômenos públicos. Para esse autor, a forma de vida das

elites brasileiras tem se apoiado em um modelo de subjetivação em que é dominante uma atitude de alheamento com relação ao outro, consistindo em distanciamento e desqualificação do outro como ser moral. Assim, registra Costa, na perspectiva das elites brasileiras os pobres e miseráveis são cada vez menos percebidos como pessoas morais, e tidos, na verdade, como resíduos sociais não absorvidos, com os quais aprendemos a conviver. As elites tentam a todo custo a felicidade individual, buscando, dessa forma, dar sentido à vida. Assim, recorrem a "estratégias salvacionistas de consumo", tornando-se aderidas ao "trinômio droga, sexo e *credit card*" (Costa, 2001: 87). Enfim, o autor destaca o quadro de omissão da sociedade brasileira com relação aos seus graves problemas sociais e humanos.

Particularmente no âmbito dos serviços de saúde, encontramos traduções do processo de desvalorização da vida que se fazem presentes nos âmbitos coletivo e individual. Sá alerta sobre a crescente banalização da dor e do sofrimento alheios no setor Saúde, que tem se expressado como "corporativismo, apatia burocrática, omissão de profissionais, falta de ética, de respeito e solidariedade na relação entre profissionais da saúde e destes para com usuários/pacientes" (Sá, 2001: 154).

Considerando esse contexto social, seria pertinente falar em projeto coletivo? Que significado um projeto dessa natureza poderia assumir na sociedade contemporânea, e mais precisamente em organizações públicas de saúde no Brasil? Que vínculos os trabalhadores estabelecem com as organizações e com o trabalho? Se as consequências negativas desses processos sociais para a dinâmica das organizações de saúde são incontestáveis, perguntamo-nos então quais as possibilidades de produção do cuidado em saúde baseada em valores como a solidariedade, reconhecendo os modos de viver do outro, construindo horizontes de entendimento? Talvez ao longo deste trabalho possamos avançar na busca de respostas.

Levando em conta o que foi dito até aqui, a sociedade pós-moderna, caracterizada pelo culto à urgência, pelo déficit de ideais, pelo individualismo, pelo conformismo, mostra-se como um contexto desfavorável à gestão das organizações públicas de saúde com base em projetos partilhados e coletivos. As formas contemporâneas de subjetivação também trazem limitações à produção do cuidado como encontro criador entre subjetividades. O contexto de individualismo, narcisismo e baixa responsabilidade com

o outro representa obstáculo à construção de projetos coletivos que se voltem para a valorização da vida e representem a possibilidade de aumentar o nível de responsabilidade das organizações com sua missão pública e social.

O movimento de construção da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), permeado por valores e diretrizes como solidariedade e equidade, encontra-se na verdade na contramão dos valores e práticas sociais dominantes na sociedade. Sob o domínio da fragmentação e do déficit de ideais emancipatórios, tais movimentos procuram abrir espaço para a cooperação, solidariedade e construção de processos de mudança que fortaleçam a dimensão pública e social dos serviços, um desafio extremo.

A partir de agora tratarei, pelo ângulo da gestão e dos vínculos dos trabalhadores com as organizações e com o trabalho, dos dilemas que foram se apresentando nas últimas décadas e de outros desafios presentes nas organizações públicas de saúde.

A Gestão no Contexto Atual, os Vínculos dos Profissionais com a Organização e com o Trabalho

Alguns elementos da leitura de Vincent de Gaulejac (2007) a respeito do lugar da gestão na atualidade me permitirão refletir, com base nas contribuições de Eugène Enriquez (2000, 2002), Richard Sennett (1999) e Cristophe Dejours (1999a, 1999b), sobre a problemática do vínculo dos profissionais com a organização e com o trabalho, as condições para a cooperação e para se partilhar um projeto institucional, considerando as possibilidades de identificação e de idealização no mundo organizacional no contexto atual. Ao final, interrogo sobre o que se passa nos serviços públicos de saúde brasileiros e sobre as possibilidades de crença e investimento psíquico nos projetos advindos do Movimento Sanitário que buscam democratizar os processos decisórios, aumentar a responsabilidade institucional e enfrentar o agir mecânico e a apatia.

O contexto extremamente competitivo que se institui com a globalização e a internacionalização da economia impõe um ambiente de mudanças constantes exigindo das empresas, como condições para sobrevivência, grande capacidade de adaptação e velocidade de reação (Aubert & Gaulejac, 1993).

Há um encurtamento dos prazos, uma aceleração dos ritmos, o que leva o sistema produtivo à tensão permanente (Gaulejac, 2007).

A partir dos anos 80, o movimento de internacionalização e financeirização da economia impôs mudanças profundas nas relações capital-trabalho. A lógica de produção passou a ser comandada pela lógica financeira, modificando as relações de poder nas empresas. Os trabalhadores são considerados como um custo a reduzir ou como "variável de ajustamento" (Gaulejac, 2007: 41). Capacidade de adaptação e flexibilidade tornam-se palavras de ordem.

A mudança flexível demanda então, aos trabalhadores, abertura para transformações de curto prazo e que assumam riscos continuamente, ou seja, que dependam cada vez menos de leis e procedimentos formais. Nesse contexto flexível de trabalho, impõe-se uma "tolerância com a fragmentação" (Sennett, 1999: 72). Os pequenos grupos, nesse universo de reorganização, tendem à sobrecarga administrativa, já que se deparam com muitas tarefas diferentes em seu trabalho.

A instabilidade nas organizações flexíveis impõe, não apenas aos capitalistas mas também aos trabalhadores, a necessidade de correr riscos, nessa mudança permanente de seu trabalho."Estar em risco", permanecer em um estado contínuo de vulnerabilidade, é o que se apresenta na empresa flexível (Sennett, 1999). Arriscar implica ainda permanecer na ambiguidade e na incerteza, procurando sempre brechas que permitam a movimentação e a troca de lugares na organização frouxa do trabalho.

Na leitura psicossociológica, as organizações e, em especial, as empresas passaram a ocupar, no contexto contemporâneo, um lugar central na vida social. Para Gaulejac (2007), a sociedade, em sua nova conformação, abre um espaço ampliado para as organizações que passam a funcionar como mediadoras das relações sociais e propiciam aos indivíduos certo *status* social. Assim, o novo capitalismo, ressalta Enriquez (1997b, 1997c), inventou um novo objeto idealizado: a empresa – que ganha relevância, passando então, em contraponto às demais referências sociais, a ser fonte de identificação.

Gaulejac (2007) vê como uma das consequências da reestruturação econômica a conversão da sociedade em uma sociedade gerencial, estando no seu centro o universo econômico, social e cultural da empresa. As empresas, por meio de um discurso sedutor, procuram colocar a seu serviço os seus

trabalhadores. Ao indivíduo cabe investir todo o seu talento para alcançar a excelência na empresa (Aubert & Gaulejac, 1993).

As organizações pautam-se, na visão de Enriquez (2000a), por uma lógica perversa: impõem a racionalidade instrumental e a obrigação de fazer calar os estados de espírito, empregando, como dito antes, estratégias de manipulação e sedução. Assim, uma nova abordagem na gestão é desenvolvida: a da cultura de empresa, perspectiva que procura criar entusiasmo em seus membros, no intuito de aumentar a coesão e o consenso (Leite, 1995), favorecendo processos identificatórios e investimento psíquico nas organizações e em seus projetos.

Enriquez (2000a, 2000b), em sua análise crítica da gestão pela afetividade presente no mundo das empresas, destaca a dinâmica imaginária e inconsciente que atravessa os processos organizacionais, fonte da adesão dos indivíduos às organizações. Em sua compreensão, a empresa tem se apresentado como um novo objeto idealizado, buscando prender os indivíduos em sua "malha" e levando-os a extrair valores e sentido para sua existência no marco da empresa, mediante a gestão do imaginário[1] organizacional. Ainda que protegendo os indivíduos de seu desamparo com uma identidade coletiva, a organização impõe, ao mesmo tempo, massificação, dificultando a ação autônoma dos indivíduos (Enriquez, 2000a).

Embora vivamos o tempo do individualismo e de uma suposta libertação do indivíduo em relação ao coletivo, Enriquez vem apresentar um argumento oposto: "jamais o indivíduo esteve tão encerrado nas malhas das organizações, (em particular, das empresas), e tão pouco livre em relação ao seu corpo, ao seu modo de pensar, à sua psique" (2000a: 23). Essa empresa de "tipo estratégico", alvo das críticas de Enriquez (2000b), declara que todos podem tornar-se "heróis criativos e guerreiros", deixando subentendido que as pessoas são capazes de se adaptar a esses valores competitivos, tendo, por esse caminho, assegurada sua qualidade de sujeitos. No entanto, há sempre uma ameaça implícita: a de não estar à altura, de não ser suficientemente bem-sucedido, adaptável e criativo. Há nesse universo uma psicologização dos problemas que

[1] A concepção de imaginário em Enriquez tem uma de suas bases nas ideias de Cornelius Castoriadis (1992). O imaginário, para Castoriadis (Giust-Deprairies, 2002), apresenta uma dimensão ontológica: é a origem da construção humana, social, histórica e psíquica. A história seria impossível fora da imaginação criadora, fora do universo das significações, chamado de imaginário radical. O imaginário social seria um sistema de interpretação voltado para a produção de sentido. Articula-se à dimensão do desejo. É um sistema de representações que serve para regrar os comportamentos sociais, legitimando alguns e excluindo outros.

passam a ser dominantemente vividos como problemas pessoais, e não como efeitos de uma estrutura (Enriquez, 2000a, 2000b). Assim, na perspectiva de Enriquez (2000a, 2000b), a empresa estratégica, embora pareça respeitar os indivíduos, provoca, a partir de ilusões fusionais, assujeitamento e alienação, no mesmo passo em que propõe um objetivo impossível: os indivíduos devem ser conformados, adaptados e também, ao mesmo tempo, inovadores.

Na conformação da sociedade gerencial (Gaulejac, 2007), há uma difusão e mesmo uma invasão do discurso organizacional nas relações sociais e na vida privada, impondo a lógica de curto prazo, de objetividade e utilitarismo, com os quais são medidas as eficácias e eficiências que conformam o bem ou mal-estar atual. Para Gaulejac (2007: 311), "o modelo gestionário serve como referência para um mundo que deve ser sempre mais produtivo e rentável. Cada um se torna empreendedor de sua própria vida".

Ao lado do princípio da excelência, que compreende uma exigência de qualidade da produção, desenvolve-se um sistema moral completo que envolve o indivíduo em seu plano pessoal e profissional. Aubert e Gaulejac (1993) são taxativos quanto à ligação da dimensão econômica a uma dimensão ética.

Quanto aos processos de mobilização dos indivíduos e à adesão à organização, há um reconhecimento, por parte dos distintos autores aqui tratados, do domínio de uma prática manipulativa e de assujeitamento que tem implicações éticas e efeitos subjetivos sobre os trabalhadores. No entanto, identificam-se diferenças nas perspectivas dos autores, as quais merecem destaque por sua relevância para esta reflexão.

Para Enriquez, assim como para Aubert e Gaulejac, os processos de manipulação e sedução exercidos pelas organizações com relação aos seus membros produzem, como efeitos, identificação à organização e alienação, constituindo-se assim, na organização, um imaginário de comunhão. Os indivíduos, presos ao seu desejo de reconhecimento, entregar-se-iam de 'corpo e alma' ao trabalho. Especificamente para Gaulejac (2007), há uma confrontação e um ajuste entre a lógica da organização e a individual, evidenciando vínculos de correspondência e ligação entre processos sociais e psíquicos. No entanto, Enriquez (2002), em texto posterior, mostra-se crítico e cético quanto à possibilidade de construção de identificações coletivas no contexto societário atual, no qual se tornam centrais o apelo ao desempenho, o jogo do gozo e a busca do sucesso individual.

Sennett (1999) emprega outros argumentos que reforçam a dificuldade de construções coletivas no mundo das empresas. O autor procura evidenciar que as empresas hoje são atravessadas por "laços fracos" que caracterizariam em particular o tão aclamado trabalho em equipe. Os "laços fortes" (Sennett, 1999: 25) dependeriam de associações de longo prazo e de laços sociais, como a lealdade, que, a seu ver, deixaram de ser atraentes no atual contexto das empresas. Para o autor, o distanciamento e a cooperatividade superficial são os comportamentos que marcam a realidade atual. Segundo Sennett (1999), no contexto atual das empresas, as atitudes e as ações dos trabalhadores estão essencialmente centradas na questão de sobrevivência. O trabalho em equipe seria "um teatro profundo", uma ficção:

> O trabalho em equipe, porém, nos leva ao domínio da superficialidade degradante que assedia o moderno local de trabalho. Na verdade, o trabalho em equipe deixa o reino da tragédia para encenar as relações humanas como farsa (...). Num mundo de trabalho estilo roleta, as máscaras da cooperatividade estão entre os únicos cabedais que os trabalhadores levam consigo de uma tarefa para outra, de uma empresa para outra – janelas de aptidão social cujo 'hipertexto' é um sorriso cativante. (Sennett, 1999: 127, 134)

As incertezas da flexibilidade, a falta de confiança e de compromissos mais profundos levam, na visão desse autor, a que a organização de hoje procure adotar a perspectiva de comunidade como um fim defensivo, onde o 'nós' se tornou fonte de refúgio ou um "ato de autoproteção" (Sennett, 1999: 165).

De todo modo, pelas pressões para ter um lugar no mundo do trabalho, pelos efeitos da competitividade ou pelo jogo do desempenho e busca de sucesso individual encontram-se questionadas, por Enriquez e Sennett, as possibilidades, na atualidade, de se partilhar um projeto institucional, de se viabilizar construções coletivas nas organizações.

A análise dejouriana quanto ao que se passa hoje no mundo do trabalho soma-se à leitura desses dois autores. Para Dejours (1999a), o mundo do trabalho nas organizações empresariais atualmente impõe grande tolerância dos profissionais às pressões e aos ritmos de trabalho, que se tornaram "infernais". No entanto, afirma Dejours(1999b), "ninguém reclama". O fantasma do desemprego e da exclusão impõe um sofrimento moral aos trabalhadores, que se preocupam em resistir, surgindo então o medo e a submissão.

Dejours (1999b: 51) identifica quatro consequências da precarização do trabalho:

> 1. intensificação do trabalho e aumento do sofrimento subjetivo (...);
>
> neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, contra a dominação (...);
>
> [desenvolvimento da] estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez, (...) negando o sofrimento alheio e calando o seu. Cada um deve se preocupar em 'resistir'. Quanto ao sofrimento alheio, (...) 'não se pode fazer nada' (...) Para resistir, portanto, convém fechar os olhos e os ouvidos ao sofrimento e à injustiça infligidos a outrem (...);
>
> (...) o individualismo, o cada um por si.

No mesmo sentido das conclusões de Sennett, a perspectiva da psicodinâmica do trabalho indica requisitos intersubjetivos e éticos para a cooperação. A condição atual do mundo trabalho, para Dejours (1999a, 1999b), impõe uma fragilização da cooperação cuja origem está no próprio contexto de precarização que impõe medo e submissão. Para o autor, o ideal da cooperação implica o reconhecimento da contribuição de cada um, supõe acordos que só são possíveis em condições em que se estabelece a confiança. A precarização da cooperação, embora ainda permita a mobilização subjetiva da inteligência, resulta da clivagem e dos afrontamentos no seio da equipe, e assim representa um clima de desconfiança e falta de reciprocidade.

Destaca também o autor que no âmbito das empresas contemporâneas são utilizadas como estratégia defensiva a tolerância, a não denúncia e até mesmo a participação em injustiças e sofrimento infligidos a outrem, desde ameaças, manipulação, até mesmo imposição de realizar o que se reprova moralmente, opondo, ao sofrimento oriundo dessas práticas, uma negação coletiva (Dejours, 1999b). Assim, instituem-se condutas de silêncio, eufemização e "banalização do mal" (1999b), que podem ser interpretadas como ideologias defensivas que visam ao apagamento dos conflitos de ordem moral. As mudanças na esfera do trabalho trazem, portanto, novos efeitos como a fragilização da cooperação e da reciprocidade entre trabalhadores, que vivem sob ameaças que os distanciam. Com base no que foi dito, perguntamos: este contexto de ameaça pode se constituir em fonte para a crença, para investimento psíquico? Considerando a leitura específica e a contribuição dos diferentes autores tratados, interro-

gamos: seriam possíveis destinos partilhados nas organizações de saúde? Será que ainda teríamos a possibilidade de construir um imaginário organizacional que leve os indivíduos a 'vestir à camisa da organização', ou as relações que se estabelecem nas organizações são meramente voltadas para a sobrevivência? Será que existem condições para a construção de um ideal partilhado, ou os indivíduos se prendem a pequenos ideais ou ganhos secundários, fruto de suas inserções no universo organizacional? Enfim, quais os destinos da idealização nas organizações nos tempos atuais? E nos serviços públicos de saúde no Brasil?

No contexto contemporâneo de fragmentação, fluidez e, acima de tudo, individualismo e luta pela sobrevivência, parecem relativizadas as possibilidades de construção coletiva e de a organização representar grande idealização.

Embora Enriquez (1997b, 1997c, 2001) tenha afirmado que a idealização do grupo contribui para a idealização de seus membros e vai ao encontro das necessidades narcísicas do sujeito, em um contexto de fragilização dos vínculos e predominância do individualismo e de pulsões egoístas talvez possam ser constituídos pela organização apenas pequenos ideais, ou ideais circunscritos, específicos, o que torna a organização mais tênue em sua capacidade de mobilizar 'corações e mentes' e de construir uma identidade coletiva.

Quanto aos serviços públicos de saúde brasileiros, embora representem uma realidade particular, é importante alertar para sua inserção no contexto mais geral, estando, portanto, submetidos às condições contemporâneas. Tais condições, aqui analisadas, evidenciam, na verdade, as restrições à governabilidade das organizações de saúde para a condução de processos de mudança que estejam comprometidos com a construção de organizações públicas mais responsáveis e efetivas e com a produção de uma atenção à saúde pautada pelo acolhimento e espírito solidário.

É interessante ressaltar que embora os serviços públicos de saúde, particularmente os hospitais públicos, tenham vivido, no Brasil, em outros tempos, momentos de grande reconhecimento e distinção social em função de sua qualidade, nas últimas décadas têm sido alvos de sucateamento, desinvestimento e de todo tipo de acusação: paralisia burocrática, clientelismo, baixa qualidade e ineficiência.

Deve ser ressaltado particularmente o desinvestimento ocorrido quanto aos recursos humanos, seja no âmbito das políticas de desenvolvimento, seja no âmbito da substituição da força de trabalho e remuneração. Parte impor-

tante da força de trabalho é terceirizada, e quanto aos funcionários públicos, a falta de planos de carreira e os baixos salários têm favorecido a inércia e o desinvestimento. Além disso, o individualismo e o corporativismo têm levado ao distanciamento entre categorias profissionais que disputam privilégios, vantagens, 'esquemas'. Assim, apresentam-se questões éticas, no sentido apontado por Sennett (1999) e Dejours (1999b), tanto entre os trabalhadores como também na relação com a população.

Embora nestes mais de vinte anos de SUS muitos avanços tenham sido registrados – como o fortalecimento das estratégias de atenção básica, a ampliação do acesso aos serviços, a excelência do programa de Aids e imunização, entre outros –, ao longo deste período também se intensificaram as dificuldades no âmbito qualidade da assistência nos serviços de saúde, ganhando expressão processos de desvalorização da vida, de banalização da dor e do sofrimento alheios (Sá, 2005). A despeito do esforço e do compromisso de tantos trabalhadores e gestores, os serviços de saúde frequentemente se mostram como espaço privilegiado de exercício da "apatia burocrática" (Campos, 1994), da falta de ética, de respeito, de crescente e cínico clientelismo político e da corrupção.

Certamente as questões que vêm sendo aqui tratadas sugerem a necessidade de cautela para pensarmos as possibilidades do coletivo e da mudança, no sentido atribuído pelo movimento da Reforma Sanitária.

Na década de 1980, especialmente no contexto da Constituição de 1988 e seu capítulo da Saúde e da VIII Conferência Nacional de Saúde, constituiu-se o movimento pela democratização da saúde e de construção de um projeto emancipador, correspondendo ao que ficou conhecido como movimento da Reforma Sanitária. Tal movimento, embora heterogêneo em sua composição, adota uma "matriz discursiva que lhe confere identidade e que poderia ser expressa pela defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a democratização da gestão do Sistema de Saúde" (Cecílio, 1994: 25). O Movimento da Reforma Sanitária teria sido capaz de constituir um ideal, no sentido empregado por Enriquez (1997b) – o da construção de um sistema público de saúde universal, na contramão do ideário neoliberal, que ganhava fôlego no país. Hoje, no entanto, nos hospitais públicos e demais serviços de saúde, que imaginários seriam dominantes?

Temos sugerido (Azevedo, 2005; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007) o domínio de um imaginário enganoso nas organizações públicas de saúde,

fruto de um contexto de reconhecimento negativo – da desvalorização do serviço público e de seus funcionários, da precarização dos vínculos e das condições de trabalho. Tal imaginário estaria perpassado pelo domínio da impotência, da descrença, da impossibilidade da mudança, determinando apatia e conformismo. Esse imaginário dominante estaria sendo, de algum modo, confrontado com o imaginário, mesmo que enfraquecido, do Movimento Sanitário, que tem procurado produzir ruídos e fendas para uma outra construção.

Possibilidades e Limites para as Práticas de Gestão e de Cuidado em Saúde no Contexto Contemporâneo

Nesta reflexão sobre o contexto contemporâneo e as possibilidades e restrições que tal contexto coloca para a gestão e para a produção do cuidado em saúde, procurei recuperar as posições de Cornelius Castoriadis (2004) e Boaventura de Sousa Santos (2001). Ao analisar a dimensão imaginária da sociedade e das organizações, Castoriadis mostra, em seu último livro (2004), uma visão pessimista sobre a configuração atual da sociedade. Ele compreende o contexto contemporâneo como um momento de recuo da criatividade e dos movimentos em direção à autonomia no plano social e político, em que tem triunfado o imaginário capitalista.

Segundo Castoriadis, a sociedade ocidental contemporânea está vivendo "o caminho da perda do sentido, da repetição de formas vazias, do conformismo, da apatia, da irresponsabilidade e do cinismo". A saída dessa situação exigiria um imaginário motor e um ressurgimento social e político:

> Outro caminho deveria ser aberto; ele não está absolutamente traçado. Só pode ser aberto por um despertar social e político, um renascimento, uma ressurgência do projeto de autonomia individual e coletiva, isto é, da vontade de liberdade. Isso exigiria um despertar da imaginação e do imaginário motor. (...) um tal despertar é, por definição, imprevisível. (Castoriadis, 2004: 148)

Santos (2001), apesar do difícil retrato da situação contemporânea, apresenta uma visão ainda otimista, indicando possibilidades para trilhar caminhos objetivando a construção de uma pós-modernidade de resistência. Para ele, a partir da imensa fragmentação legada pela modernidade, a tarefa agora seria de

construção do que chamou de "arquipélago de racionalidades locais", adequadas às necessidades locais e formuladas democraticamente por comunidades interpretativas. O foco de ação privilegiado pelo autor é então o âmbito local como espaço onde devem surgir soluções próprias, particulares, mas capazes de enfrentar problemas globais. Assim, apesar das forças instituídas, na visão de Santos, está presente um caminho instituinte.

Nesse sentido, na área da saúde pública, a busca de mudanças que aproximem o SUS real daquele que foi idealizado pelo Movimento Sanitário tem se constituído tanto a partir de novas formulações no campo acadêmico quanto pela definição de políticas que favoreçam a qualificação da assistência e por inúmeras experiências locais.

Na produção acadêmica, destaca-se a perspectiva de Gastão Wagner de Souza Campos (2000, 2003) e o papel por ele atribuído aos dispositivos coletivos como um caminho para uma nova perspectiva de gestão. O autor, em uma perspectiva heterodoxa, busca apoio tanto na visão marxista quanto na perspectiva institucionalista, reconhecendo, então, tanto a dimensão política quanto a do desejo dos sujeitos. Desse modo, Campos (2000: 43) aposta nos dispositivos coletivos para"assegurar a formação de compromisso entre o interesse público (expresso nas necessidades sociais) e o privado expresso pelos trabalhadores", como também para construir uma cogestão, acreditando no potencial dos momentos instituintes como possibilidade de "recompor Interesses e Desejos dos distintos agrupamentos, de forma que construa uma sociabilidade solidária e democrática" (Campos, 2000: 85). O pesquisador afirma a capacidade da gestão e das práticas profissionais de modificarem o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade, ampliando a capacidade de análise e de cogestão dos trabalhadores da saúde (Campos, 2003).

Também ganha destaque nas proposições de Campos (2003) a perspectiva da "clínica ampliada", proposta influenciada especialmente pela leitura de Franco Basaglia, que aponta para uma reforma, propondo uma clínica centrada no sujeito, em sua existência concreta, considerando a doença apenas como parte dessa existência. A clínica ampliada propõe uma organização horizontal do processo de trabalho articulada à noção de "equipe de referência", visando a "superar a alienação e a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da reconstituição dos Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela" (Campos, 2003: 63).

Na produção da área da saúde pública, também deve ser ressaltada a contribuição de Emerson Elias Merhy e sua abordagem da micropolítica do trabalho – proposta fortemente inspirada na perspectiva da análise institucional e da socioanálise (André Lourreau e Georges Lapassade), como também na leitura de Félix Guattari e Gilles Deleuze e da "filosofia da diferença" –, que aposta na transformação das práticas e na possibilidade de produção de sujeitos autônomos, capazes de estabelecer vínculos solidários e de corresponsabilidade na produção de ações de saúde e em sua gestão (Merhy, 2002).

No campo das políticas de saúde, nas duas últimas décadas, temas como a qualidade e a integralidade da assistência em saúde, o trabalho em equipe, o acolhimento e a chamada humanização das práticas de saúde vêm ocupando posição cada vez mais central na agenda de discussões e na formulação de diretrizes e políticas setoriais. As crescentes preocupações dos gestores e trabalhadores da saúde com a qualidade e a humanização da assistência se refletem em recomendações sobre inúmeros aspectos da organização dos serviços, incluindo aqueles relativos à qualidade dos recursos tecnológicos disponíveis, ou ainda os relativos à indicação de protocolos de condutas de diagnóstico e terapêuticas e também os mais intangíveis ou de mais complexa definição, tais como a escuta, o vínculo, o acolhimento (Sá, 2009).

A Política Nacional de Humanização, constituída em 2004, apresenta-se, na visão de seus idealizadores, como uma aposta no "SUS que dá certo", pois embora considere os problemas e desafios do SUS, procura partir de elementos de experiências que permitam vislumbrar novas direções para os processos de mudança almejados. Entre as suas diretrizes encontram-se o acolhimento, como diretriz ética, visto como "atitude de abertura à recepção de necessidades de saúde que se expressam na forma de demandas para os serviços"; a gestão participativa e a cogestão; a ampliação da clínica, buscando um diálogo que favoreça o reconhecimento da alteridade e a personificação do cuidado e modos de gestão; a valorização do trabalhador e do seu trabalho (Pache, 2009: 9).

Se a busca de brechas para a construção de práticas mais democráticas e solidárias tem marcado a produção acadêmica e também o campo das políticas de saúde, é importante reconhecer os enormes desafios que se apresentam dada a natureza dos problemas enfrentados.

No âmbito da política de humanização, as propostas envolvem o desenvolvimento de uma ética pautada no reconhecimento do outro, na sua diferença,

na escuta/acolhimento, na responsabilização e no estabelecimento de vínculos, na cooperação e na valorização da comunicação, sem considerar, no entanto, quais seriam os possíveis condicionantes da produção ou ausência dessas atitudes ou posturas (Sá, 2009).

Se a mudança que se pretende na gestão de serviços públicos de saúde busca enfrentar a apatia burocrática, o corporativismo, o "desinteresse, a alienação, o agir mecânico" (Campos, 1994: 43) como também a "banalização da dor e do sofrimento alheio" (Sá, 2005: 6), parece haver um hiato entre as abordagens desenvolvidas no campo da saúde coletiva e aqui brevemente recuperadas e a realidade que pretende enfrentar. Há uma promessa de potência nas referidas visões de gestão, certo otimismo, que corresponderia, na leitura psicanalítica, a um foco demasiadamente concentrado nas forças de ligação e na capacidade do amor, em detrimento do reconhecimento do mal-estar que funda a vida coletiva (Azevedo, 2005) e que tem expressão particular na dinâmica da sociedade contemporânea, em seus modos de sociabilidade e de subjetivação.

A leitura crítica de Cecílio (2007) sobre as propostas de mudança, os modelos de gestão e de organização do cuidado que têm embasado experiências nos serviços públicos de saúde torna-se uma fonte de diálogo para o debate que pretendo realizar. Cecílio ressalta que corremos o risco de esperar uma adesão quase automática do trabalhador da saúde a propostas e modos de fazer a gestão e a organização do cuidado formulados por militantes, intelectuais e gestores engajados na Reforma Sanitária. Assim, para o autor estaria havendo certa idealização do trabalhador da saúde quando se espera que ele seja facilmente capturável pela proposta publicizante das relações organizacionais. No entanto, talvez estejamos "superestimando o poder de induzir mudanças a partir de nossas formulações, ou, o que dá no mesmo, subestimando o poder 'contrainstituinte' dos trabalhadores, se a referência é o nosso projeto" (Cecílio,2007: 347).

Assim, Cecílio reconhece que, embora os profissionais devam ser vistos como sujeitos singulares capazes de protagonizar mudanças, também encontram-se assujeitados, submetidos à reprodução. Desse modo, a leitura de Cecílio, como também a minha, embora reconheça o espaço para a autonomia humana e, portanto, as brechas para construção de mudanças, também procura colocar como questão central as dificuldades de constituição de projetos coletivos. Segundo ele, a força do instituído em muito limita as

mudanças pretendidas e acaba por pressionar nossas propostas mudancistas no sentido de ocuparem um papel quase normativo, o que pode dar origem a mais resistências e oposição.

É importante que estejamos atentos para que o compromisso político com a democracia e com a justiça social, que marcam o Movimento Sanitário, não leve a uma certa cegueira, própria da postura militante. Assim, o papel do conhecimento por vezes implica certa crítica às 'ilusões e crenças' que podem limitar a reflexão. É preciso reconhecer, e não minimizar, o peso das forças instituídas na capacidade de favorecer a compulsão à repetição e ao conformismo e as restrições daí advindas à governabilidade dos processos institucionais que buscam mudanças no âmbito dos serviços públicos de saúde brasileiros.

Para encerrar e fazer um contraponto e, até mesmo relativizar a leitura que priorizei ao longo deste texto, chamo a atenção para o fato de que os autores aqui tratados para considerar a contemporaneidade procuram outro caminho de análise, de resistência, desenvolvendo uma reflexão em torno de possíveis saídas para o sujeito, possibilitando pensar outros caminhos para o vínculo social. Enriquez (2006) procura chamar a atenção para as possibilidades do sujeito não apenas conformado, mas também autônomo, capaz de transgressão ao instituído, e para o fato de que as sociedades não podem perdurar se não sonharem.

Plastino (2009), com base na leitura psicanalítica de Donald Winnicott, procura também um caminho teórico para enfrentar o que denominou a camisa de força construída pelo imaginário moderno. Tal caminho valoriza a complexidade do fenômeno humano, a dinâmica emocional do sujeito, sua potência criadora e a afirmação do conceito de experiência singular central na obra winicottiana. Costa (2007), apoiado tanto na leitura de Winnicott – e particularmente em categorias como confiança, experimentação, transicionalidade e relevância do outro – quanto na leitura de Giorgio Agamben e de Jacques Derrida sobre ética, tem mais recentemente trazido para a análise da cultura, das possibilidades do coletivo, elementos teóricos que permitem – a partir da valorização dos espaços de mediação e das possibilidades de criar e partilhar com o outro o sentido da existência – vislumbrar também outras possibilidades éticas e de articulação do psíquico com o social na contemporaneidade. São pistas que podem apoiar a continuidade de nosso trabalho de reflexão teórica voltado para a construção de organizações de saúde mais responsáveis e solidárias.

Referências

AUBERT, N. *Le Culte de l'Urgence*. Paris: Flammarion, 2003.

AUBERT, N. & GAULEJAC, V. *El Coste de la Excelencia: do caos a la lógica o de la lógica al caos?* Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, 1993.

AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado,São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.410-2.420, 2007.

BAUMAN, Z. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BAUMAN, Z. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BEZERRA, JR., B. C. Seremos sujeitos amanhã? *Cadernos de Psicanálise. Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro*, 21(13): 103-121, 1999.

BIRMAN, J. *Mal-Estar na Atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BIRMAN, J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! *In*: KEHL, M. R.(Org.). *Função Fraterna*. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. *In*: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. *Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARRETEIRO, T. C. Le corps surinvesti: pathologie narcissique contemporaine. *Actes du Colloque l'Individu Hyper Moderne*, 2: 213-222, 2003.

CASTORIADIS, C. *A Instituição Imaginária da Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

CASTORIADIS, C. *Figuras do Pensável: as encruzilhadas do labirinto VI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. *In*: CECÍLIO, L. C. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. O 'trabalhador moral' na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface*, 11(22): 345-351, 2007.

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos. *In*: BUARQUE, C. *et al*. (Orgs.). *O Desafio Ético*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

COSTA, J. *O Risco de Cada Um e outros Ensaios de Psicanálise e Cultura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DEBORD, G. *A Sociedade do Espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DEJOURS, C. *Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap, Eaesp/FGV, 1999a.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*.Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999b.

EHRENBERG, A. *La Fadiga de Ser Uno Mismo*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.

ENRIQUEZ, E. O fanatismo religioso e político. *In*: LÉVY, A. *et al*. (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. Prefácio. *In*: DAVEL, E. & VASCONCELOS, J. (Orgs.). *'Recursos' Humanos e Subjetividade*.Petrópolis: Vozes, 1997a.

ENRIQUEZ, E. *Les Jeux du Pouvoir et du Désir dans l'Entreprise*. Paris: Desclée Brouwer, 1997b.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997c.

ENRIQUEZ, E. Vida psíquica e organização. *In*: MOTTA, F. P. & FREITAS, M. E. (Org.). *Vida Psíquica e Organização*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000a.

ENRIQUEZ, E. O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. *In*: PRESTES MOTTA, F. & FREITAS, M. E. (Orgs.). *Vida Psíquica e Organização*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000b.

ENRIQUEZ, E. Um mundo sem transgressões. *In*: PLASTINO, C. A. (Org.). *Transgressões*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.

ENRIQUEZ, E. O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável. *Revista de Administração de Empresas*, 5(1), artigo 10, 2006. Disponível em: <www.rae.com.br/eletronica/index.cfm>. Acesso em: 10 ago. 2008.

ENRIQUEZ, E. & CARRETEIRO, T. C. Violência, paranoia e perversão nas sociedades contemporâneas: reflexões sobre o filme 'Tiros em Columbine', de M. Moore. *In*: ESTADOS GERAIS DE PSICANÁLISE: SEGUNDO ENCONTRO MUNDIAL, 2003, Rio de Janeiro.

FORTES, I. O sofrimento na cultura atual: hedonismo *versus* alteridade. *In*: PEIXOTO JR., C. A. (Org.). *Formas de Subjetivação*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

FREUD, S. *O Mal-Estar na Civilização* [1930].Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXI. (Obras Completas de Sigmund Freud – Edição Standard Brasileira)

GAULEJAC, V. *Gestão como Doença Social: ideologia gerencialista e fragmentação social*. Aparecida: Ideias & Letras, 2007.

GIUST-DEPRAIRIES, F. Crise. *In*: BARUS-MICHEL, J.*et al*. (Orgs.). *Vocabularie de Psychosociologie*. Paris: Érès, 2002.

KEHL, M. R. O *Tempo e o Cão: a atualidades das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

LASCH, C. *A Cultura do Narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago 1983.

LEITE, J. E. T. Nós quem, cara pálida? A razão depois de Taylor. *In*: DAVEL, E. & VASCONCELOS, J. (Orgs.). *Recursos Humanos e Subjetividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*.São Paulo: Hucitec, 2002.

PACHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13, supl. 1: 701-708, 2009.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. *In*: MAIA, M. S. (Org.). *Por uma Ética do Cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 151-164, 2001.

SÁ, M. C. *Em Busca de Uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a 'humanização' das práticas de saúde. *Interface*, 13, supl. 1: 651-664, 2009.

SANTOS, B. S. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2001.

SENNETT, R. *A Corrosão do Caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

3
Reconhecimentos e Resistência nas Sociedades Contemporâneas

Eugène Enriquez
Teresa Cristina Carreteiro

Do Século das Luzes à Atualidade: avanços e desafios

O sujeito contemporâneo vive uma situação paradoxal. O Século das Luzes teve como perspectiva a construção da democracia para a sociedade, a conquista da liberdade, a autorrealização e a procura da felicidade para o indivíduo. O século XIX e a primeira metade do século XX permitiram o estabelecimento da modernidade na sociedade e a possibilidade de o indivíduo tornar-se sujeito e ator. O fim do século XX e o início do atual propiciaram que nossas sociedades – denominadas, segundo alguns autores, pós-modernas, supermodernas ou hipermodernas – se transformassem de forma muito acelerada. Tornaram os homens empreendedores de suas próprias vidas, atores centrais da sociedade e sujeitos em busca do máximo de prazer. Estes séculos que se seguiram ao Século das Luzes confirmaram o programa lá formulado: o sujeito deve estar satisfeito e se satisfazer.

No entanto, se olharmos lucidamente o estado de nossas sociedades e dos seus indivíduos, somos obrigados a destacar o que Freud (1974) já havia dito no livro *Mal-Estar na Civilização*, e a constatar que as sociedades não são justas, vivíveis, que o mal-estar reina e que, ao contrário do que se espera, os indivíduos estão longe de serem felizes e mesmo satisfeitos com suas trajetórias.

Eles são confrontados com um mundo onde a guerra não desapareceu, mesmo que não atinja os países mais desenvolvidos e as grandes nações emergentes.

Os indivíduos encontram em seus trabalhos a pressão e a obrigação de terem bons desempenhos, sofrem frequentemente humilhações por parte de dirigentes e às vezes mesmo tal assédio faz com que não consigam mais suportar as pressões. Há casos trágicos que terminam em suicídios. Eles não se sentem mais reconhecidos em uma sociedade em que os que não se destacam se tornam invisíveis e mesmo totalmente rejeitados. Estes últimos integram os grupos dos "desafiliados", se utilizarmos o termo empregado por Robert Castel (1998).

O que ocorre para que o homem, considerado o centro do mundo, seja, ao mesmo tempo, um sujeito angustiado, tomado por um mal-estar constante, e se sinta pouco ou nada reconhecido? Procuraremos discutir essa questão e o processo de distanciamento e resistência que surge diante dessa forte tendência ao não reconhecimento.

Refletindo sobre as Razões da Tendência ao Não Reconhecimento

No Século das Luzes e nos posteriores acreditou-se no triunfo da democracia, na vitória da ciência e no progresso infinito do espírito humano. Ora, se houve evoluções favoráveis, outras desfavoráveis também ocorreram.

O triunfo e a dificuldade da democracia

Se numerosas nações se dizem e se querem democráticas, é preciso também constatar que o século XX presenciou a vitória, mesmo que temporária, de numerosos Estados totalitários com ditaduras militares, em países da América do Sul, da Europa, da Ásia e da África. Muitos desses regimes já desapareceram, outros se mantêm. Assistimos, no momento atual, a uma luta de diversos povos em prol da liberdade. Além disso, não se extinguiu a possibilidade de que regimes democráticos se transformem em totalitários diante de governos mal administrados. Também sabemos que mesmo os Estados que se autointitulam democráticos utilizam suas forças armadas ou comerciais para dominar países periféricos (colonialismo, imperialismo), esquecendo-se muitas vezes das desigualdades existentes no interior do próprio país.

Existe certo número de "indivíduos por excesso" (Castel & Haroche, 2001), isto é, aqueles que possuem capitais econômicos, culturais e simbólicos que lhes permitem exercer funções prestigiosas e de comando. Mas há também um grande número de "indivíduos por falta" (Castel & Haroche, 2001) que, para viver, se apoiam unicamente em sua força intelectual e manual. A verdadeira democracia deve ser sempre inventada, como afirma Claude Lefort (1987). E isso por uma razão forte, mas fundamental: o único regime que de fato instaurou a igualdade entre os homens fez do conflito institucionalizado a base de seu funcionamento. Desse modo, existe competição política entre os diferentes partidos, concorrência econômica entre as empresas, emulação pedagógica entre os alunos, distinguindo os "melhores" e os "piores", confrontação entre ideologias contraditórias, pluralidade de religiões, mesmo se algumas são dominantes.

A democracia é um regime de instabilidade permanente, de uma ordem que surge da desordem. Este regime só é vivaz se todo mundo aceita as mesmas regras do jogo: a preeminência das leis a serem respeitada por todos, independentemente de posição social; normas estáveis a serem interiorizadas pelos indivíduos; instituições sólidas que servem como ponto de apoio e de referência e, por fim, a possibilidade de debates abertos, de negociações e consultas para que conflitos não desencadeiem combates. A democracia pode e deve admitir a luta de classe e a luta por posições (Gaulejac, 1998). Ela não pode subsistir quando há uma guerra de classes, quando os dominadores querem arrasar os dominados, recusando a alternativa política, desejando se apropriar do Estado e exercendo o poder absoluto.

Ora, não é fácil debater todos os dias, negociar e dialogar, operar regularizações econômicas, sociológicas e psicológicas. Alguns podem ceder à tentação do poder absoluto, arruinando a democracia fundada na virtude (Montesquieu) e na negociação (Habermas, 1985), ou praticando a corrupção que permite exercer mais poder e, às vezes, o poder absoluto.

Se a democracia é reinventada na vida cotidiana, é por ser um regime de conflitos. Ela demanda que cada sujeito se conduza como cidadão responsável, vise a alcançar o bem comum, e não unicamente os bens particulares, e queira fazer prevalecer o "viver juntos", e não o egoísmo. Castoriadis (1996) afirma que cada pessoa deve aceitar o autolimite de sua liberdade. Isto faz com que o indivíduo se torne sua preocupação central, mas ele corre o risco de atribuir

mais peso ao interesse particular que ao geral, mais importância ao egoísmo que ao altruísmo, elemento primordial para que o "viver junto" se torne uma realidade. A democracia é, então, um regime difícil, no qual cada pessoa deve reconhecer a alteridade do outro e ter a sua igualmente reconhecida.

A vitória e o desgaste da ciência

A partir do século XVIII, a ciência e a tecnologia obtiveram progressos consideráveis em todos os domínios: psíquicos, químicos, físicos e em particular no da medicina. Também em outras áreas os progressos da ciência e da tecnologia se fizeram sentir: as usinas nucleares permitiram obter eletricidade a preço baixo, a química favoreceu a criação de matérias suscetíveis de substituir as matérias-primas e os alimentos naturais (por exemplo, a criação das conservas alimentares e seus complementos). A medicina especialmente, depois da descoberta da penicilina e da criação de diferentes vacinas, conseguiu diminuir a incidência de muitas doenças que arrasavam o mundo (a peste, a cólera, o tifo, a lepra, a sífilis). As tecnologias da informação e da comunicação, graças à invenção da eletrônica, alcançaram uma evolução sem precedentes. O século XXI não tem mais nenhuma relação com século XVIII. Ao mesmo tempo, como Freud já havia constatado, o homem não conquistou a felicidade. Converge para isso a razão conhecida por todos: a ciência não tem somente efeitos positivos. Longe disso: fala-se muito dos desgastes provocados pela ciência e pela tecnologia.

A indústria nuclear pode levar a catástrofes como a de Chernobyl, na Ucrânia, à destruição de cidades, como a de Hiroshima, no Japão; a indústria química, à criação de alimentos que oferecem grandes riscos para a saúde; a medicina hospitalar favorece o aparecimento de infecções. A tecnologia da informação pode levar ao enfraquecimento das relações humanas, mas, paradoxalmente, pode também aumentar a mobilização por ações públicas. No entanto, a evolução da ciência e da tecnologia pode ditar padrões comportamentais que se naturalizam e passam a fazer parte do cotidiano das pessoas. Ela propicia a comunicação de cada pessoa com todo o mundo, mas contraditoriamente pode levar à banalização do que seja a amizade (*facebook*),pois a aparência da amizade não é o mundo das relações profundas.

Vivemos cada vez mais, como assinala Beck (2003), em uma "sociedade do risco" e sonhamos poder viajar nas férias a países longínquos, pequenas

cidades, lugares distantes onde a natureza ainda é respeitada. Benjamin (2002: 251) dizia, de modo profético: "todo documento de civilização é também um documento de barbárie". Não podemos mais criar uma oposição entre civilização e barbárie e devemos admitir que a civilização é, igual e simultaneamente, barbárie. Seria possível aumentar a lista dos efeitos negativos da ciência, mas é inútil. Há algumas décadas os indivíduos ainda acreditavam cegamente nos efeitos do 'todo poder' da ciência, mas atualmente todos temem a poluição, o aquecimento climático (diluindo as geleiras, aumentando o nível da água do mar) e sabem que certos medicamentos podem provocar efeitos mortais. Atualmente os seres humanos estão preocupados com a ecologia, palavra desconhecida há alguns anos. Se consideramos os avanços científicos, ao mesmo tempo estamos também preocupados com seus efeitos nefastos. A ciência é a melhor e a pior das coisas.

O Progresso Infinito do Espírito Humano e o Reduzido Progresso da Vida Psíquica

Condorcet (1794) já havia alertado para as consequências, negativas e positivas, do progresso. Com o recrudescimento do desenvolvimento, o homem deveria se tornar mais consciente sobre as consequências dos seus atos e escolhas. O homem deveria se afirmar mais como *Homo sapiens sapiens*, distanciando-se do reino animal, das relações de força, mantendo relações de amizade, de amor, com o conjunto da espécie humana. Ao mesmo tempo, quer ser reconhecido pelos outros como indispensável à vida comunitária. Gostaria ainda de ser plenamente ele mesmo e um cidadão respeitado e admitido pelos outros. Mas não é isso que ocorre.

Em um século, o número de habitantes passou de 1 bilhão para 6 a 7 bilhões; consequentemente, os problemas relacionais se multiplicaram. Isso levou Lévi-Strauss, ele que morreu com mais de cem anos, a afirmar em uma entrevista: "Este mundo não é mais o meu" (Lévi-Strauss, 2002). Os sujeitos não podem mais ser afetados por todos os acontecimentos mundiais. A televisão contribuiu para esse distanciamento psicológico. Ela nos apresenta catástrofes naturais, mortes humanas motivadas por guerras, assassinatos, mas apresenta igualmente variedades, questões políticas e comédias sentimentais. Todas essas imagens conflitantes podem ser mostradas em um mesmo programa.

Existe um desligamento entre as imagens e as notícias. As pessoas olham e não se emocionam mais, salvo se houver informações de cidadãos que tenham proximidades sociais com o telespectador. A "cidade planificada", anunciada por MacLuhan (1964), tornou-se tão grande que as pessoas terminam por se interessar apenas por suas próprias cidades ou se encastelam em suas próprias famílias ou em seus pequenos círculos sociais.

Cada um deve se tornar o empreendedor de sua própria vida, vivendo contínuas provas. Cada um tem a obrigação de estar no melhor auge de sua forma, ser sempre jovem, corajoso, belo, sedutor e ter ótimo desempenho. O homem espera afirmar seus desejos, mas, como outros também o fazem, o desejo de uns entra em contradição com o dos outros. Ele quer ser amado, mas não sabe mais dedicar tempo a conversas e a discussões amigáveis. Como não pode ter tudo de uma só vez, tem o sentimento de não ser desejado, reconhecido no seu justo valor, e olha os outros como adversários ou como inimigos potenciais (Carreteiro & Enriquez, 2005).

Na verdade, o homem, apesar das descobertas psicanalíticas, do desenvolvimento das ciências humanas, se conhece mal e se protege contra as exigências de seu inconsciente. Quando se refere ao inconsciente, é mais para calá-lo, como diz Roustang (1980), e continua a ser um homem que progrediu pouco na vida do espírito (a *Kulturarbeit*, segundo Freud). As ciências humanas não tiveram sobre o homem o mesmo impacto que as ciências da natureza. E, na maior parte das vezes, quando ele emprega as ciências humanas, as utiliza mais para afirmar seu domínio do que para se interrogar.

No entanto, estas três razões – a dificuldade da democracia, os desgastes das ciências e o reduzido progresso na vida psíquica – não são suficientes para se compreender o mal-estar dos indivíduos no universo contemporâneo, que aqui chamamos hipermoderno. É preciso acrescentar a expansão do capitalismo financeiro e do capitalismo cognitivo e sua preponderância atual sobre o antigo capitalismo industrial.

A transformação do capitalismo

O capitalismo, tal como descreveu Max Weber (1996), está vivendo um período relativamente ascético, mesmo que não recuse certos prazeres e reinvente novas formas de lucro na produção de novas riquezas. Marx (1998) mostrou muito bem que dinheiro produz dinheiro suplementar devido à criação de

mercadorias. Sua equação é bem conhecida: D (dinheiro) →M (mercadoria) →D1 (dinheiro suplementar).

Esse capitalismo, naturalmente, não desapareceu. Basta constatar a variedade de mercadorias expostas nas mais diferentes lojas. As mercadorias têm também se diversificado. Aquelas voltadas para a comunicação têm tido grande apelo entre os consumidores (telefones celulares, *ipads*, *iphones*, computadores etc.).

Em contrapartida, o capitalismo industrial está, hoje, extremamente modificado, devido à velocidade das comunicações e do lugar que ocupam os acionistas no capital financeiro. O novo espírito do capitalismo (Boltanski & Chiappiello, 2002) se caracteriza por uma vontade de ter o máximo de lucro, e para tal fim se vale da especulação financeira. Desse modo, frequentemente o dinheiro produz dinheiro sem a criação de mercadorias, e a antiga equação é transformada em D →D1. Os operadores financeiros (*traders*) jogam no mercado somas consideráveis, comprando e vendendo ações que às vezes podem ocasionar enormes perdas empresariais e também ganhos que, em outros tempos, era impensável alcançar.

É preciso pensar que o capitalismo financeiro, pontuado pelas agências de notações, não poderia se manter e se desenvolver se não fosse acompanhado por um capitalismo cognitivo, que cria novos produtos que não têm nenhuma relação com as mercadorias do século XIX ou do XX. O exemplo mais tocante é o das redes sociais, cujo protótipo mais atual é o *facebook*, criado por Zuckerberg, que conta com mais de cinco bilhões de inscritos.

Há, desse modo, produção de enormes lucros com os *traders*, de um lado, e os criadores, de outro. Muitas vezes isso ocorre a partir de quase nada (*traders*) ou a partir de ideias geniais (*facebook*) que facilitam a comunicação virtual e colaboram para uma vida cada vez mais centrada no imediato. Para que o lucro seja máximo e os acionistas fiquem satisfeitos, é necessário edificar empresas novas e transformar as antigas. As empresas devem estar sempre atualizadas com o progresso técnico e ser reativas.

Tais exigências em relação às empresas trazem como consequência a submissão dos trabalhadores a um ritmo de trabalho implacável. Eles vivem constantes modificações de cargos e de procedimentos e experimentam uma mobilidade geográfica acelerada. Devem manter um ótimo desempenho e ser capazes de se adaptar a novas formas e normas de trabalho; do contrário, po-

dem ser "engavetados" (Lhuilier, 2000) ou licenciados. Cada pessoa é avaliada individualmente e tem de mostrar, no seio das novas regras, suas capacidades de iniciativa. Pode-se facilmente compreender a psicologização do trabalho decorrente: a organização do trabalho nunca é considerada responsável; recai sobre os ombros do indivíduo toda a responsabilidade por limites ou falhas. Se ele não se conforma à exigência constante e mutante, sofrerá por não estar à altura, seus companheiros de trabalho progressivamente o desprezarão e às vezes o assediarão. Ele corre o risco, como já precisamos, de se estressar, se deprimir ou, em casos extremos, se suicidar. Não pode confiar em ninguém, visto que os antigos coletivos de trabalho foram desfeitos; não pode se apoiar em suas competências anteriores, pois estas não são mais as demandadas atualmente (Sennett, 1999). Nessa atmosfera são os mais fortes que subsistem. Só eles são reconhecidos. Mas esse reconhecimento só dura se eles mantêm seus níveis de excelência. Trata-se de um reconhecimento líquido que desaparece se a eficiência se fragiliza. Os outros, os menos eficientes, vão se juntar à massa de desafiliados, dos rejeitados, dos descartáveis, dos "inúteis ao mundo", retomando a expressão utilizada na Idade Média. Assiste-se, então, a um verdadeiro sadismo das empresas onde todos os golpes são permitidos. Ninguém é poupado: tanto os pequenos trabalhadores quanto os grandes. As empresas não têm alma, e aquele que não se submete à normalização é eliminado. O sujeito humano, nessas condições, torna-se assujeitado ao contexto, às ordens, que podem se modificar, e, também, infelizmente, a si próprio, quando interioriza e aceita como normal a necessidade de extrema produtividade.

Uma Tendência Inexorável?

Se a tendência descrita anteriormente, fruto da produção do dinheiro pelo próprio dinheiro, fosse a única, então não existiria situação paradoxal. O sujeito que acreditaria se tornar livre estaria de fato definitivamente aprisionado. Felizmente, não é assim que acontece, por razões vinculadas à própria dinâmica da sociedade e à capacidade de resistência dos indivíduos. Por essa razão, nos tópicos a seguir discutiremos a dinâmica social e a dinâmica psíquica social e individual.

A dinâmica social

- Toda tendência forte é sempre combatida por outra tendência: a resistência. Em maio de 1968, a França manifestou-se com desejos de calor humano em um mundo considerado frio e egoísta. No Brasil, em 1992, um movimento estudantil impulsionou a destituição do presidente Fernando Collor de Melo. Tanto Lewin (1959) como Foucault (2006) mostraram que toda força direcionada em um sentido leva ao surgimento de outra força em sentido contrário.
- Toda tendência forte apresenta contradições internas. Se o capitalismo financeiro favorece a criação de enormes lucros, ocasiona também grandes perdas, como diz Castoriadis (1996), ou seja, tal cassino financeiro não é duradouro.
- As sociedades atuais privilegiaram o efêmero, o curto prazo, mas o longo prazo sempre se afirma. Só as empresas que têm uma visão do futuro podem esperar continuar a se desenvolver e a conservar seu lugar no mercado.
- Toda tendência reprime certo número de desejos. A psicanálise já nos mostrou que o reprimido retorna, mesmo tardiamente. A generalização do capitalismo financeiro que se traduz por uma forte desigualdade social suscita o desejo de um mundo mais igualitário.
- Todos os preceitos de uma sociedade são, um dia ou outro, transgredidos. O que parecia sagrado e provocava o respeito faz emergir o desejo de transgressão. Caillois (2001) afirma que o sacrilégio é o corolário do sagrado.
- Toda decisão, toda tendência forte, tem por objetivo certos efeitos, mas, paralelamente a consequências previstas, invariavelmente há consequências não previsíveis, nomeadas pelos economistas como efeitos perversos, em geral diametralmente opostos aos efeitos esperados.
- Toda tendência dominante cria um mundo novo, imprevisível, fazendo surgir problemas que ninguém é capaz de antecipar e que demandam abordagens inovadoras.
- Não é certo que o novo capitalismo financeiro e cognitivo fundado sobre certa concepção da globalização possa permanecer ainda por muito tempo. Já se apresentam formas alternativas à globalização e desde 2008 o capitalismo financeiro está em crise.

A dinâmica psíquica social e individual

- Freud (1974) já havia advertido: o sujeito humano, mesmo que se deixe levar durante certo tempo pela servidão voluntária, não é um cupim. É verdade que a revolta só é possível se o sujeito tiver identificações coletivas significantes. Isto é, se for capaz de se sentir membro de um coletivo com o qual compartilha os mesmo desejos e ideias. Camus diz: "Nos revoltamos, logo existimos" (1996: 142). O homem não pode ficar o tempo todo isolado. Ele tem, no início da vida, necessidade dos outros – como pais e professores – para se constituir; mais tarde, terá necessidade de outros – colegas, amigos e amores – para continuar a viver. O homem não é um ser constantemente normalizável, pois, como afirma Canguilhem (2006), é um sujeito normativo que cria suas próprias regras de saúde e de vida. A configuração do pensamento e das ações é particular a cada sujeito. Quando os Estados quiseram tudo normalizar, criaram pessoas desviantes, dissidentes, indivíduos que "deixaram de aderir" (Freud, 1974). A União Soviética implodiu quando a maioria dos cidadãos deixou de acreditar nos princípios enunciados pelo partido e a eles aderir.

- O homem é feito para realizar o programa do princípio do prazer, e não para renunciar a seus desejos. Ele deve levar em conta o princípio da realidade, o contexto no qual ele está inserido e construir compromissos; do contrário, não poderia viver em sociedade. Mas exercer compromissos não significa se comprometer. O homem fala com os outros, debate, se interroga. Ele assume o "partido da vida" (Canguilhem, 2006) mesmo que às vezes seja obrigado a se submeter.

- Mas nem todos os homens são capazes de lutar eficaz e constantemente contra a normalização. Os que o fazem melhor são aqueles que Weber (1996) chamava os "homens de convicção" e que Park (1928) nomeava de "marginais", os que para ele são os seres "mais inovadores e mais cultivados". Aqueles que a psicanalista MacDougall (1978) considera dotados de "certa anormalidade", ou seja, os que são capazes de se interrogar, de buscar compreender a si e aos outros, que estão próximos de suas emoções e têm uma memória sentimental das coisas. Castoriadis (1996) os caracteriza como homens em pé, capazes de enfrentar o abismo. Na verdade, todos os que acreditam em si mesmos, que não têm medo de pensar e não passam seu tempo na busca do reconhecimento dos outros. Ser reconhecido é desejável, mas querer a todo preço obter o reconheci-

mento dos outros é se entrincheirar em seus olhares e renunciar à "sua parcela de autonomia e de originalidade" (Freud, 1974). Ser visível é uma coisa, mas ceder à injunção da visibilidade é outra; se isso ocorre, o sujeito humano se submete.

É preciso notar que não são unicamente alguns indivíduos que mostram suas qualidades. Todos os seres humanos as têm, mesmo que apenas um pequeno número de pessoas as exprima constantemente. Como dizia Reich (1995), o "pequeno homem" pode tornar-se grande desde que o faça com outros que o ajudem e lhe deem suporte.

- A capacidade de se revoltar, de transgredir, pode também ter efeitos negativos. Certas pessoas lutam contra a sociedade. Elas podem menosprezar leis, normas, princípios e se associar com outros que querem unicamente respeitar as próprias leis que inventam e são capazes de se tornar criminosos, desrespeitando a vida e encontrando prazer na violência que podem infligir ao semelhante.
- A liberdade do indivíduo pode comportar, dessa maneira, aspectos totalmente negativos, mas este infelizmente é o preço que deve pagar a democracia. Se é fundada sobre a virtude, ela pode, como toda tendência, criar uma força inversa, engendrar a corrupção, o crime e a negação do ser humano. Os países com regimes totalitários têm menos gangues por uma razão clara: foram as gangues que acederam ao poder. Isso ocorreu com o regime nazista. Isso foi igualmente válido para o regime soviético, no qual os verdadeiros comunistas foram mortos sob as ordens de Stalin e os fiéis de Stalin, tão violentos quanto ele, ocuparam posições de poder.

  Pode-se esperar que a tomada de consciência do que significa a liberdade do indivíduo faça prevalecer os aspectos positivos sobre os negativos. Para isso, uma educação voltada para a solidariedade e a cidadania parece indispensável.

Conclusão: nunca se tem certeza do pior. As sociedades, como os seres humanos, podem ser dominadas, subjugadas, mas pode surgir o dia em que os homens compreendam qual é sua situação e ajam para se libertar. Essa liberação nunca é oferecida. Eles devem sempre conquistá-la. A liberdade, a democracia, a realização de si próprio, o alcance da felicidade são como o tecido de Penélope, sempre possível de se desfazer, mas pode sempre ser tecido; ou são como a pedra de Sísifo, sempre a ser reimpulsionada. O que faz a grandeza

humana é saber que o trabalho deve ser continuamente refeito. Como afirma Camus (2004), é preciso supor que Sísifo está feliz.

Referências

BECK, U. *La Société du Risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion, 2003.

BENJAMIN, W. *Oeuvres*. Paris: Gallimard Folio, 2002. Tomo II.

BOLTANSKI, L. & CHIAPELLO, E. *O Novo Espírito do Capitalismo*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2002.

CAILLOIS, R. *O Homem e o Sagrado*. Lisboa: Editora 70, 2001.

CAMUS, A. *O Homem Revoltado*. Rio de Janeiro: Record, 1996.

CAMUS, A. *O Mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

CONDORCET, J. A. *Esquisse d'unTableau Historique du Progrès de l'Esprit Humain*. Paris: Flammarion, 1794.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. São Paulo: Forense Universitária, 2006.

CARRETEIRO, T. & ENRIQUEZ, E. O ódio e a mercantilização dos humanos. *Psicologia Clínica*, 17.1: 151-159, 2005.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CASTEL, R. & HAROCHE, C. *Propriété Privée, Propriété Sociale, Propriété de Soi*. Paris: Fayard, 2001.

CASTORIADIS, C. Le monde de l'insignifiance. *In:* CASTORIADIS, C. *Les Carrefour du Labyrinthe*. Paris: Seuil, 1996. T. 4.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

FREUD, S. *O Mal-Estar na Civilização* [1930]. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXI. (Obras Completas de Sigmund Freud)

GAULEJAC, V. *La Lutte des Places*. Paris: Desclée de Brouwer, 1998.

HABERMANS, J. *La Théorie de l'Action Communicative*. Paris: Payot, 1985.

LEFORT, C. *A Invenção da Democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LÉVI-STRAUSS, C. Entrevista. *Le Monde*, Paris, 18 abr. 2002.

LÉVI-STRAUSS, C. *Le Regard Éloigné*. Paris: Plon, 2010.

LEWIN, K. *Psychologie Dynamique*. Paris: PUF, 1959.

LHUILIER, D. *Les Placardises*. Paris: Seuil, 2000.

MARX, K. *O Capital – livro 1*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. v. 1.

MCDOUGALL, J. *Plaidoyer pour une certaine Anormalité*. Paris: Gallimard, 1978.

MCLUHAN, M. *La Galaxie Gutenberg*. Paris: Flammarion, 1964.

PARK, R. E. Human migration and the marginal man. *In*: *American Journal of Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1928.

REICH, W. *Écoute, Petit Homme*. Paris: Payot, 1995.

ROUSTANG, F. *Un Destin si Funeste*. Paris: Seuil, 1980.

SENNETT, R. *A Corrosão do Caráter*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

WEBER, M. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. Lisboa: Presença, 1996.

4
Criatividade e Trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnicottiana

Lilian Miranda

A literatura da área da saúde coletiva no Brasil conta com importantes publicações que acenam para a complexidade de questões inerentes ao trabalho em saúde. O trabalho em saúde, ainda que mediado por suportes teóricos, técnicos, metodológicos e tecnológicos, é um campo de ação no qual a subjetividade dos atores envolvidos (profissionais e pacientes) impacta profundamente todos os tipos de resultados. Sabe-se que os estudiosos se diferenciam no que diz respeito às concepções de subjetividade, gestão e clínica, bem como ao modo de enfocar as variadas dimensões sobre as quais incidem a empatia, o interesse, a reflexibilidade, a autonomia, a resistência, o pavor, o medo, as fantasias, as pulsões amorosas e destrutivas, enfim, as incontáveis características de nossa humanidade. Entretanto, há certa concordância quanto à consideração de que os encontros intersubjetivos de usuários e trabalhadores e destes últimos entre si devem ser uma espécie de linha-guia para o planejamento e as práticas em saúde (Artman, 2001; Campos, 2000; Furtado, 2007; Merhy, 2002; Onocko Campos, 2005; Peduzzi, 2007; Sá & Azevedo, 2010a, 2010b).

Tratarei aqui de um dos aspectos que compõem o trabalho em saúde: a criatividade na prática cotidiana das equipes interdisciplinares. Entendo que esta é uma das características que coexistem com outros elementos intrínsecos ao contato constante com pessoas em sofrimento, rondadas pela possibilidade da morte (física ou psíquica), e com profissionais que se guiam por diferen-

tes perspectivas teóricas, técnicas e epistemológicas. Em meio às complexas questões que envolvem essa realidade, a dimensão criativa do trabalho tem um papel essencial para a construção de sentidos da prática cotidiana, para a experimentação de relações empáticas entre profissionais e pacientes e para que os primeiros suportem a alteridade, podendo reconhecer o serviço como um espaço de realização e prazer, a despeito do inevitável sofrimento que o compõe.

Apresentarei uma noção de criatividade intimamente ligada à espontaneidade e distinta do que se entende por desempenho altamente produtivo e sempre inovador, próprio da sociedade de consumo. Discutirei questões ligadas ao trabalho criativo na perspectiva teórica de Donald Winnicott, psicanalista inglês segundo quem é na experiência criativa que o ser humano tem contato com seu eu, utiliza sua personalidade integral e pode sentir que a "vida é digna de ser vivida" (1975: 95).

Winnicott tratou da criatividade tendo com principal referência a clínica psicanalítica e pediátrica, não sendo as organizações o campo de suas preocupações diretas. Para alocar sua teorização no campo organizacional, estabelecerei um diálogo com reflexões a respeito da vida institucional, desenvolvidas por Renè Kaës, Eugène Enriquez e estudiosos desses autores. Destacarei, especificamente, os conceitos de formações intermediárias e imaginário motor, que guardam ligações com a ideia winnicottiana de espaço transicional, uma localização intermediária entre os mundos objetivo e subjetivo, onde se dá a experiência criativa. Na tentativa de não me perder em uma excessiva teorização, desvinculada da realidade dos serviços de saúde brasileiros, inicio o texto apresentando algumas reflexões sobre a dimensão intersubjetiva e coletiva do trabalho em saúde.

Alguns Componentes do Trabalho Feito por Muitos e para Muitos

Segundo Campos (2000), o trabalho em saúde tem uma finalidade dupla: além de produzir saúde, deve contribuir para o contínuo aumento da capacidade de reflexão e ação autônoma, tanto de usuários quanto de profissionais. Para ele, a prática da clínica e da gestão, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), deveria ser, necessariamente, compartilhada e, por isso, aquilo que se produz seria sempre uma espécie de "coprodução". Nessa perspectiva,

a própria autonomia é concebida como necessariamente relativa, sustentada em uma rede de dependências interpessoais e em constante correlação com o sistema jurídico, econômico, social e cultural que nos envolve (Onocko Campos & Campos, 2006).

Uma das faces dessa interdependência é tratada por Rivera (2003), que realiza um estudo da cultura organizacional. Para o autor, ela é condicionante do modo como os membros da organização percebem, pensam e sentem seus problemas. Porém, tal condicionamento se torna complexo quando se observa que a contradição e a indeterminação são marcas preponderantes de tal cultura. Sabemos que diferentes padrões de percepção, avaliação e ação convivem numa mesma organização, o que impede que o percurso de mudanças se submeta completamente ao controle racional do planejador ou do gestor.

Rivera acredita que, mesmo não sendo passível de completo controle, a mudança organizacional é sempre possível por meio do exercício de um discurso crítico. Entretanto, reconhece que a consideração da indeterminação e da imprevisibilidade da vida organizacional torna o trabalho do planejador e do gestor mais difícil, pois "se a cultura muda não se sabe ao certo para onde. (...) [a abordagem da cultura] nos ensina algo de humildade" (Rivera, 2003: 201).

A marca da imprevisibilidade e da impossibilidade do controle completo das organizações é discutida por Sá e Azevedo (2010a), com base no aporte teórico da psicossociologia francesa, da teoria psicanalítica dos processos intersubjetivos e grupais e da psicodinâmica do trabalho. Apoiando-se em Eugène Enriquez (1997a, 1997b), as autoras defendem que as organizações são "um sistema cultural, simbólico e imaginário", ou seja,

> uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação e na qual se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como um cenário para manifestações das paixões presididas pelo amor e também pela violência. (Sá & Azevedo, 2010a: 300, 299)

Nesse sentido, a compreensão das organizações exige uma abordagem que ultrapasse os limites dos elementos racionais e culturais, abarcando também as produções inconscientes dos grupos.

Em sua reflexão sobre tais produções, Onocko Campos (2005) observa que a realidade do trabalho em saúde, caracterizada essencialmente pelo contato com a dor (física e psíquica) e a morte, produz sintomas. Estes se expressam

nas narrativas dos trabalhadores por meio de alusão a estados passionais, ideologização, somatização e burocratização, aos quais acrescentaríamos ainda as sensações de onipotência e impotência, bem como a persecutoriedade (Miranda & Onocko Campos, 2010). Consequentemente, podem ser observadas ações pautadas, muitas vezes, por uma espécie de passagem ao ato, o que implica a impossibilidade de elaboração de estratégias de cuidado e o risco de negação do sofrimento do outro (Sá & Azevedo, 2010a).

Com base em matizes teóricas distintas, Barros e Barros (2010) também apresentam elementos que ressaltam a imprevisibilidade do trabalho em saúde, enfatizando a potência criadora dos trabalhadores, quando podem se mover em contextos coletivos, tais como as equipes interdisciplinares. As autoras lembram que só é possível criar novas regras de trabalho (e, portanto, provocar mudanças na cultura organizacional) a partir do encontro com o outro, ou "melhor dizendo, quando no encontro com o outro experimenta-se o diferir, a alterização" (Barros & Barros, 2010: 77). Apoiadas no conceito de "trabalho prescrito e trabalho real",de Cristophe Dejours, e no conceito de "atividade",de Schwartz, elas lembram que todo trabalho guarda um resto imprescritível, algo que ultrapassa o controle, a padronização, a divisão e a hierarquização previamente definidas. Nesse sentido, nenhum trabalho é completamente controlável, e é na imprevisibilidade (tanto do que se produz trabalhando quanto do que a realidade exige) que emergem a ação criativa e a inteligência prática.

Barros e Barros acrescentam que a criatividade e a inteligência requerem a sustentação de zonas de confiança, as quais se constroem por meio do compartilhamento do "trabalho real" num coletivo que não é "fusional, nem total, mas transindividual" (Barros & Barros, 2010: 83). É com base nesse conceito de coletivo que as autoras concebem as equipes interdisciplinares em saúde, propondo que sejam tomadas como estratégias fundamentais para a alteração de processos de trabalho que privilegiam o isolamento, a fragmentação, a competição, a quebra de alianças solidárias e, ao mesmo tempo, para colaborar com a subjetivação de "sujeitos com maior autonomia, corresponsáveis, comprometidos porque são expressão de um coletivo do trabalhar que neles se atualiza" (Barros & Barros, 2010: 82).

Entretanto, alguns estudos sobre o funcionamento das equipes de saúde têm mostrado um cenário diferente do que se idealiza para esses arranjos.

Verifica-se, por exemplo, que entre os valores compartilhados na cultura institucional dos serviços de saúde prevalecem a fragmentação, as relações hierárquicas, o trabalho individualizado e a resistência de uma racionalidade técnico-científica (Peduzzi, 2007). Ao mesmo tempo, observa-se certa tendência à negação das diferenças entre técnicas e abordagens teóricas, o que gera um sincretismo incoerente, a negação das diferenças e a cisão das práticas (Nunes *et al.*, 2008). Identifica-se ainda que as equipes são espaços para vivências de alta competitividade e concorrência, próprias das organizações de trabalho contemporâneas, produzindo padrões reativos e paranoicos de subjetividade e levando os profissionais a se cristalizarem em seus núcleos de saber e a atacar o que deles parece se diferenciar (Campos & Domitti, 2007).

Ao discutir o trabalho em equipe, Furtado (2007) nos auxilia na espinhosa tarefa de enfrentar os problemas oriundos dessa relação, sem corrermos um risco excessivo de idealização de determinados arranjos e, ao mesmo tempo, sem que nos deixemos derrotar pelo desânimo e pela sensação de impotência. Para tanto, o autor critica uma noção ingênua e comum de interdisciplinaridade, segundo a qual é esperado um retorno a uma unidade de conhecimento holística, a ser construída a partir da boa vontade dos trabalhadores em se unir. A prática da interdisciplinaridade, na área de saúde, exige o enfrentamento do antagonismo entre duas lógicas: aquela pautada na necessidade de diferenciação e sustentada pela profissão, e aquela pautada pela integração. Consequentemente, devemos considerar que "o desafio de promover a colaboração não deve ser levado à frente negando uma especificidade duramente alcançada, mas tentando estabelecer pontes entre posições inicialmente antagônicas" (Furtado, 2007: 245).

A leitura de Furtado (2007) nos lembra que o coletivo não está dado. É necessário um esforço de mediação entre os diferentes profissionais, com suas concepções e interesses. Esse trabalho se inicia justamente pelo reconhecimento das diferenças, pela possibilidade de nos percebermos diversos um dos outros, ainda que ligados pelo compartilhamento de uma mesma cultura e missão institucional, bem como de trabalhos prescritos comuns.

A esse respeito, Sá e Azevedo (2010a) se apoiam em Cristophe Dejours (1997: 315)para lembrar que "a possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho passa essencialmente pelo reconhecimento". Considerando que o trabalho é uma forma de realização de si e construção

de identidade, as autoras afirmam que os profissionais encontram soluções para seu sofrimento por meio do julgamento estético realizado pelos pares, pelo coletivo de trabalho e pelos pacientes. Trata-se da consideração do "bom trabalho" – aquele que se realiza com dedicação, criatividade e qualidade. Nessa perspectiva, o reconhecimento necessário não se restringe ao trabalho correto, feito de acordo com o que é prescrito ou protocolado, mas ao trabalho dedicado e inventivo.

Enriquez nos ajuda a compreender a importância do reconhecimento no trabalho, assinalando que

> o indivíduo não existe fora do campo social. O ser humano acha-se constantemente dividido entre a expressão do seu próprio desejo (o reconhecimento do seu desejo) e a necessidade de se identificar com o outro (desejo de reconhecimento). Só o outro pode reconhecê-lo como portador de desejos e garantir-lhe seu lugar na dinâmica social. (Enriquez, 1997a: 17)

O que move o sujeito a fazer parte de um grupo não é apenas a intenção de realizar um projeto comum, mas, sobretudo, a percepção de que é especificamente com aqueles, que se apoiam em certo imaginário, que ele poderá "[ter] seu desejo reconhecido em sua originalidade e em sua especificidade, tornar seus sonhos reais, fazer-se aceito em sua diferença irredutível, em seu ser insubstituível" (Enriquez, 1994: 62). É claro que apenas o reconhecimento do desejo dos possíveis membros de um grupo não é suficiente para consolidar a grupalidade. Diante disso, Enriquez lembra que os sujeitos também desejam ser reconhecidos como integrantes daquele grupo. Para tanto, é necessário que se identifiquem entre si e coloquem "um mesmo objeto de amor (a causa) no lugar do ideal do eu. Assim, eles se tornarão semelhantes, formarão um mesmo corpo social, e não um aglomerado de indivíduos" (Enriquez, 1994: 62).

Essas rápidas considerações nos permitem entender que o trabalho coletivo, atualizado nas equipes interdisciplinares, requer vias de trânsito entre as esferas coletivas e singulares, de modo que o coletivo reserve espaço para que os profissionais experimentem sua capacidade criativa, inventiva, empática. Trata-se de vias de mão dupla, já que tais experimentações devem enriquecer e, paulatinamente, produzir modificações no coletivo, o qual também é responsável pelo constante processo de subjetivação dos sujeitos que o compõem.

Ao discutir as dificuldades envolvidas nos processos de mudanças organizacionais, Azevedo (2010: 980-981) traduz bem o que chamamos de vias de mão dupla, lembrando do "desafio organizacional de proporcionar, ao mesmo tempo, a construção de uma identidade coletiva e o exercício da singularidade dos sujeitos".

Com essas reflexões, espero ter criado um cenário no qual é possível propor a discussão de outras dimensões do trabalho em saúde: a criatividade e a possibilidade de reconhecimento de alguma autoria (singular e coletiva) sobre o trabalho. Entendo que, junto dos fatores anteriormente pincelados, esses são aspectos essenciais para que realmente possamos pensar em serviços humanizados e trabalhadores que possam construir sua autonomia. Isso porque parto da suposição de que é na expressão criativa, na experimentação da espontaneidade e na possibilidade de sonhar no ambiente de trabalho que se alojam as marcas da singularidade de cada sujeito, aquela que deseja ser reconhecida e legitimada. A seguir, tratarei do espaço institucional onde pode se localizar a criatividade.

Espaço do 'Entre-Dois' nas Instituições

A possibilidade de experimentar a vida criativa nas organizações, a meu ver, depende da conformação do que Kaës (2002) chamou de "formações intermediárias", o que requer que o grupo possa vivenciar processos de análise e de elaboração das suas questões intersubjetivas. Tais formações intermediárias se localizam "entre o espaço psíquico singular e o espaço constituído pelo seu agrupamento na instituição. (...) não pertencem propriamente nem ao sujeito nem ao agrupamento, mas à sua relação" (Kaës, 2002: 22). Segundo o autor, as formações intermediárias têm um "caráter biface", já que são marcadas pela reciprocidade entre os elementos que ligam. Elas articulam "as relações dos elementos [do singular,] e do conjunto, em diversas figuras: *de encaixe, inclusão mútua, de coinerência ou de viravolta contínua*". (2002: 22, grifo do autor). Para Kaës, o intermediário articula diferenças entre elementos, sobretudo entre aqueles "que estão em conflito ou tensão, uns em relação aos outros" (2002: 14).

Ao se debruçar sobre o livro *Totem e Tabu* (Freud, 1913), Kaës (2003) exemplifica o conceito de formação intermediária, lembrando que o pacto

selado pelos irmãos, após o assassinato do pai arcaico, gera os interditos fundamentais para a organização do grupo: proibição do incesto e do assassinato do animal totêmico e dos irmãos. Segundo o autor, esse pacto, "sobre o qual se fundam as identificações simbólicas, é uma formação intermediária. (...) [Ele] liga, mediatiza e transforma os vínculos sociais e a vida psíquica; ele é gerador de processos de cultura" (Kaës, 2003: 16, 17).

Kaës afirma ainda que as formações intermediárias são responsáveis pela transmissão da vida psíquica da instituição e se mostram extremamente plásticas, sensíveis às transformações e, consequentemente, frágeis. Segundo o autor, no contexto atual, as formações intermediárias têm sido afetadas pelas mutações nas estruturas familiares, por fraturas nos vínculos intergeracionais, por mudanças nas relações entre os sexos e por transformações nos laços de sociabilidade e nas estruturas de autoridade e de poder.

Mais adiante, numa tentativa de estabelecer um diálogo entre esse conceito de Kaës e a ideia de espaço transicional, de Winnicott, veremos que as formações intermediárias podem ser entendidas como aquilo que garante a vida criativa na instituição.

Segundo Kaës, a difícil elaboração de um espaço psíquico diferenciado nas instituições é garantida pelo que o autor chama de "função metafórica", a qual tem como base "a capacidade da instituição em tolerar o funcionamento de níveis *relativamente* heterogêneos e aceitar a interferência de lógicas diferentes" (Kaës, 2002: 21, grifo do autor). Ela é o que permite a construção de uma história institucional constituída por distintos atores, perspectivas e movimentos que se sucedem, sem que seus traços precisem ser apagados.

Segundo Kaës, a função metafórica é uma função intermediária que estabelece "as ligações entre a experiência e sua designação pela fala", permitindo que o vivido seja pensado e compartilhado; além disso, ela "introduz as referências a uma ordem terceira em relação à unidade que se forma entre o grupo e seus membros" (Kaës, 2005a: 46), enunciando as leis e interditos necessários à convivência grupal. Em meu entendimento, a função metafórica é o que permite certo trânsito de elementos diferentes (que podem ser, inclusive, contraditórios) no interior da organização, sem que esta perca sua mínima integração, ou sem fragmentar excessivamente o seu espaço psíquico. Tal trânsito ocorre à proporção que esses elementos podem ser representados e compreendidos pelos membros do grupo, uma

vez que estes se submetem a um conjunto comum de regulações (leis). A representação permite a construção da história da instituição, ao mesmo tempo que a torna sujeita às mudanças.

Outro conceito importante para a consideração da criatividade é o de "imaginário institucional", desenvolvido por Enriquez. Para o autor, todo grupo se forma em torno de um projeto comum, o qual se apoia num sistema de valores que, por sua vez, para existir, precisa estar ancorado num "imaginário social comum". O imaginário comum representa "aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, aquilo que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir". Ele não é racionalmente estruturado, constituindo-se como um conjunto de representações que são afetivamente construídas e investidas. Em suas palavras,"Não se trata unicamente de querer coletivamente, trata-se de sentir coletivamente, de experimentar a mesma necessidade de transformar um sonho ou uma fantasia em uma realidade cotidiana" (Enriquez, 1994: 57). Segundo Enriquez (1997b), nenhuma organização pode existir sem um sistema imaginário, sobre o qual se produzem os sistemas simbólico e cultural.

Podemos aproximar essa concepção da tese defendida por Winnicott, para quem o compartilhamento de determinada experiência ilusória, bem como o profundo respeito a ela, é a "raiz natural do agrupamento entre os seres humanos" (Winnicott, 1975: 15). Entretanto, Enriquez (1997b) alerta que o sistema imaginário se divide em dois: o "imaginário enganador" e o "imaginário motor". O primeiro deles se constrói na tentativa de ocupar a totalidade do espaço psíquico dos membros da organização, à medida que responde aos apelos narcísicos desses membros, bem como às suas mais arcaicas angústias e desejos. Por meio do imaginário enganador, a organização

> se exprime, assim, de um lado, como uma organização-instituição divina, todo-poderosa, única referência que nega o tempo e a morte, de um lado mãe englobadora e devoradora e ao mesmo tempo mãe benevolente e nutriz, de outro lado, genitor castrador e ao mesmo tempo pai simbólico. (Enriquez, 1997b: 35)

Envolvidas pelo imaginário enganador, as pessoas se enredam na vida institucional adquirindo "as couraças sólidas do estatuto e do papel (constitutivo da identidade social dos indivíduos)" (Enriquez, 1997b: 35) e, portanto, certa

segurança acerca de si mesmas. Ele transmite à organização e a seus membros a sensação, ainda que ilusória, de estabilidade e firmeza, sendo graças a ele que um grupo social (uma equipe de profissionais de um serviço de saúde, por exemplo) pode se reconhecer como uma comunidade e assim se mostrar ao outro (Enriquez, 1997b).

O preço da segurança e da estabilidade que se ancoram no imaginário enganador é a impossibilidade de mudança. Por ocupar todo o espaço psíquico de seus membros, a organização os impede de pensar e sonhar, o que inviabiliza a constituição de projetos de transformações da vida institucional. Trata-se, nas palavras de Azevedo(2010: 979), de um "excesso de sentido, que tem como efeito matar a invenção e a criatividade. Tal contexto engendraria o conformismo e a negação da autonomia dos sujeitos".

Esse cenário se mostra diferente quando a organização não funciona exclusivamente sob a égide do imaginário enganador, podendo, em alguma medida, permitir que as pessoas exerçam sua imaginação criativa no trabalho, sem se sentirem reprimidas pelas regras institucionais. Enriquez (1997b: 36) contrapõe ao imaginário enganador um imaginário motor, aquele que"oferece às pessoas a possibilidade de criar uma fantasmática comum que autoriza uma experiência com os outros, continuamente reavaliada e refletida e não caindo jamais no inerte e no compacto. Ele preserva, pois, a parte do sonho e a possibilidade de mudança".

Para Enriquez, o imaginário motor se constitui a partir da "categoria do diferenciado", a qual se expressa pela possibilidade de introdução da diferença, ao contrário da repetição; pela possibilidade de sonhar, de fazer projeto (ao contrário do que marca o imaginário enganador, voltado para responder à demanda imediata das pessoas); pela possibilidade de criar rupturas, "ruptura na linguagem que leva as pessoas a falarem da vida organizacional de outro modo e, portanto, a percebê-la sob nova face;expressão da espontaneidade criativa da invenção técnica e social; ruptura no tempo: ele é o que permite escapar à cotidianidade" (Enriquez, 1997b: 36).

Reconhecendo que o imaginário motor é "dificilmente suportável" para a instituição, Enriquez apoia-se no conceito de espaço transicional da psicanálise winnicottiana para esclarecer que essa forma de imaginário exige que a organização conte com uma "área de jogo, que favorece a criatividade feliz, o pensamento enquanto capacidade de questionar tudo, de transgredir tudo, o

desejo de construir objetos estéticos, o prazer de viver em conjunto, e igualmente o humor e a frivolidade, indispensáveis à atividade reflexiva" (1997b: 36).

A dificuldade de configurar um tipo de área como esta faz com que o autor considere que o "imaginário motor constitui um verdadeiro desafio às regras de funcionamento que regem as organizações, mesmo as mais flexíveis" (Enriquez, 1997b: 36).

A Vida Criativa na Concepção de Donald Winnicott

Winnicott (1975) trata da temática da criatividade partindo do pressuposto de que todo ser humano carrega consigo, ainda que num núcleo inacessível à linguagem, uma capacidade inata para viver experiências criativas. Segundo o autor, mesmo naqueles indivíduos que estão extremamente submetidos àquilo que seu meio social lhes impõe, ou que funcionam com base em uma falsa personalidade, chamada por ele de *falso self*, existe, "oculta em alguma parte, uma vida secreta satisfatória, pela sua qualidade criativa ou original a esse ser humano" (Winnicott, 1975: 99). Para ele, a criatividade é inata e está relacionada justamente com a possibilidade de experimentar a vida. Conforme Dias (2003: 242), Winnicott assegura, ao longo de sua obra, que

> A criatividade está (...) a serviço do contato com a realidade; relaciona-se ao estar vivo e a sentir-se real; à maneira pela qual o indivíduo permite à realidade aparecer, pela qual recepciona os acontecimentos, ou seja, o modo como qualquer pessoa – bebê, criança, adulto ou velho – olha para algo ou realiza alguma coisa.

É por isso que, no início do livro O *Brincar e a Realidade*, Winnicott (1975: 95) afirma ter a esperança de que o leitor entenda a criatividade "como um colorido de toda a atitude com relação à realidade", e não como a concretização de criações bem-sucedidas ou obras de arte. Na mesma medida, ao tratarmos dessa temática no contexto do trabalho em saúde, estaremos nos referindo à possibilidade de que os profissionais possam desenvolver uma relação espontânea e viva com seu trabalho. Não estamos, portanto, propondo um trabalho criativo voltado para a produção de resultados mais engenhosos e adaptados a exigências de mercado.

Para Winnicott (1975: 95), "é através da percepção criativa, mais do qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida".

Parafraseando-o, proponho que é através da possibilidade de ações criativas que o profissional da saúde pode sentir que a clínica, ou cuidado, 'vale a pena ser exercido', mesmo com todo o sofrimento e a contínua necessidade de trabalho psíquico que lhe são inerentes.

A meu ver, a definição winnicottiana de criatividade vai ao encontro das propostas que Onocko Campos e Campos fazem a respeito da "coconstrução"de autonomia, na medida em que os autores destacam a vivacidade como elemento central desse processo:

> Há de se estar muito vivo e em contato com aquilo que – no outro – nos desestabiliza e interroga. Há de se manter aberto a todas as perguntas. Há de se interrogar a clínica e a saúde coletiva em geral e a que fazemos; há de poder sonhar amanhã, às oito horas da manhã, que faremos diferente, uma possibilidade, uma aposta em aberto. (Onocko Campos & Campos, 2006: 86)

Souza (2007) oferece um importante esclarecimento sobre o conceito de criatividade na obra winnicottiana, distinguindo-o daquele apresentado por Freud. No pensamento freudiano, a criatividade é uma forma de defesa (associada à sublimação), podendo ser classificada como indestrutível, uma vez que sempre precisará ser utilizada pelo sujeito em sua luta contra os traumas impostos pelo ambiente. Já Winnicott propõe a existência de uma "criatividade primária", inata, que não é estruturada ou experimentada como defesa, mas como a sensação que o bebê tem de que criou o mundo que a mãe lhe apresenta paulatinamente. Para experimentar tal sensação, o bebê precisa contar com o que Winnicott (1978, 1990) chama de "mãe suficientemente boa", ou "mãe devotada comum". Esta (que pode ser a própria mãe ou outro cuidador) passa por um processo momentâneo de regressão e identificação com o bebê, de modo a perceber as necessidades vitais deste e conseguir satisfazê-las a contento. O autor denomina esse estado da mãe de "preocupação materna primária", explicando que durante as primeiras semanas de vida do bebê, a mãe se encontra adaptada a ele e parcialmente dissociada do restante do mundo, de modo que pode lhe garantir a experiência de "simplesmente continuar a ser", sem que precise reagir a intrusões do ambiente ou lutar pela satisfação de suas próprias necessidades fisiológicas.

Vale ressaltar que, tal como salienta Santos, na perspectiva winnicottiana, a adaptação da mãe significa que esta "provê cuidados na medida certa, ou

seja, ela se adapta às necessidades fisiológicas do bebê por meio de sua identificação com ele, sem deixar de fazer alguma coisa e também sem fazer em excesso" (2010: 113). Trata-se, portanto, de uma mãe comum cuja devoção não deve ser entendida como

> um apego fervoroso a um objeto de veneração especial (...) [ou] uma dedicação zelosa e escrupulosa tal como se pressupõe em certas atitudes sentimentalistas. Por comum deve-se pensar em uma mãe (ou alguém que cuida do bebê) que se caracteriza pela simplicidade cotidiana, não precisando ser excepcional para realizar as tarefas de maternagem. (Santos, 2010: 112)

Para Winnicott (1978, 1990), contando com a adaptação da mãe suficientemente boa, o bebê vive uma "ilusão de onipotência" que, diferentemente da onipotência como defesa, lhe permite achar que a realidade é uma criação sua. Aos poucos, ele vai se diferenciando da mãe e da própria realidade, identificando nela os aspectos que constituem o "não-eu" e, mais tarde, o outro. Mas, se pôde contar com esse processo de adaptação materna e de confiança, sempre poderá continuar desenvolvendo uma relação pessoal com o mundo, de modo que se sente um pouco criador dele.

A relação de dependência que a teoria winnicottiana postula entre a adaptação materna e a vivência da criatividade primária leva Souza (2007) a observar que, se em Freud a criatividade é indestrutível, em Winnicott ela é extremamente precária, pois depende do apoio da mãe no início da vida e de uma rede social no futuro. Assim, um sujeito não consegue experimentar sua criatividade sem uma ancoragem em relações confiáveis, que suportam suas criações e seu modo próprio de apreender a realidade. Um modo próprio que, faz-se necessário insistir, é sempre resultado da interação do sujeito com o mundo, pois, na teoria winnicottiana, não é possível conceber o eu sem considerar sua relação com o outro.

Exigências para o viver criativo

Embora conceba a criatividade como inata, Winnicott (1975) entende que sua vivência está atrelada a alguns condicionantes. Além da confiança na adaptação materna, necessária no início da vida, a criatividade requer a estruturação de um espaço próprio, peculiar, onde entrará em cena. Por isso, o autor reivindica que a vida humana seja estudada a partir de um "enunciado

triplo", de tal modo que às realidades interna e externa seja acrescentada uma terceira área destinada à "experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a externa" (1975: 15).

Denominando-o de espaço transicional, Winnicott propõe que este seria um "lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas"; um lugar paradoxal, em que as realidades podem coexistir, sem que precisem ser imediatamente distinguidas; uma região onde o indivíduo poderia sentir-se mais livre para passear pelos vários mundos que compõem sua existência. Essa vivência contém o que o autor designa por "substância da ilusão": "aquilo que é permitido ao bebê e que na vida adulta é inerente à arte e à religião" (Winnicott, 1975: 15).

A meu ver, o espaço transicional pode ser compreendido como aquilo a que Kaës (2002) chamou de espaço entre-dois: uma zona de 'relação' entre o sujeito e o agrupamento, ou, na linguagem winnicottiana, entre o mundo interno do sujeito e a realidade externa. Portanto, é um espaço do qual podemos nos apossar, mas que não nos pertence. Trata-se de uma zona essencialmente de trânsito, de relação e, consequentemente, permeável às formações intermediárias, tal como sugere Kaës.

A partir dessas formulações, Winnicott (1975) desenvolve suas ideias sobre transicionalidade e objetos transicionais. Ele explica que, desde muito cedo, as crianças tendem a desenvolver relações afetivas intensas com objetos ou parte deles (brinquedos, pontas de travesseiro, fraldas e o próprio dedo), que são tratados com grande ternura e, ao mesmo tempo, agressividade ou destrutividade. Esses objetos, chamados de objetos transicionais, e o próprio brincar – o fenômeno transicional –, situam-se num domínio intermediário, no qual, como dissemos, coexistem o mundo interno da criança, marcado por suas fantasias e desejos, e o mundo empírico, das circunstâncias mais objetivas.

A esse respeito, Dias (2003) esclarece que não se trata de um trânsito que o bebê faz de um espaço (interno ou externo) para outro. O que ocorre são passagens entre um e outro "sentido de realidade" ou de objeto. Segundo a autora, um mesmo objeto pode ser subjetivo e, depois, transformar-se em transicional, pois o que se altera não é o objeto, mas o sentido de realidade do objeto ou a 'natureza' (subjetiva ou transicional) dele.

A função desses objetos é representar formações substitutivas para a mãe, com quem o bebê não pode mais ter uma relação de indiferenciação. Desse modo, através do brincar, a criança pode reviver suas fantasias originárias de onipotência, criando mundos que lhe interessam. Ao mesmo tempo, ela testa a realidade dos objetos com que brinca por meio da agressividade (tenta destruí-los, mas percebe que continuam existindo e resistindo aos seus empreendimentos de controle onipotente). Ou seja, os objetos e fenômenos transicionais permitem que a criança experimente continuamente os processos de fusão e separação, podendo elaborá-los paulatinamente. Por isso, para Winnicott (1975: 63), o brincar é universal, "facilita o desenvolvimento e, portanto, a saúde".

É interessante notar que, tal como Mizrahi (2010) enfatiza, com a ideia de espaço transicional Winnicott propõe que o processo de separação e diferenciação do sujeito em relação à mãe e ao meio se dá "em ligação" com aquilo do que se vai separar. O espaço transicional abarca o paradoxo da coexistência da união e da separação, do interno e do externo, e é devido à vivência desse paradoxo que o sujeito pode suportar a desadaptação da mãe, de quem começa a se diferenciar.

Com base nessa observação, Mizrahi (2010: 102) considera possível vislumbrar o surgimento de outra noção de autonomia e liberdade do sujeito: "A autonomia libertadora do indivíduo em relação ao social não nasceria assim por oposição à sua ligação com este, mas, ao contrário, a partir de sua firme ancoragem em contextos que lhe ofereçam os suportes necessários".

Essa leitura vai ao encontro de concepções defendidas por Onocko Campos e Campos (2006), que, conforme vimos no início deste texto, afirmam que a autonomia se define pela capacidade de os sujeitos lidarem com sua rede de dependências, construindo-se, portanto, em relação com o social.

Outra condição que Winnicott (1983) atribui à experiência de criar, ou à possibilidade de brincar, é o desenvolvimento do que ele chama de "a capacidade para estar só". Segundo o autor, só conseguimos ficar sozinhos para descobrir de maneira descontraída nossa própria vida pessoal quando desenvolvemos confiança suficiente na durabilidade do amor materno e, mais tarde, em certa previsibilidade do ambiente em que vivemos. É esse tipo de confiança que nos permite ter alguns momentos em que é possível ficarmos sozinhos para "simplesmente sermos", sem que precisemos nos preocupar em nos defendermos de perigos e imprevistos do ambiente. É "simplesmente

sendo", sem precisarmos nos adaptar à realidade ou reagir a ela, que podemos percebê-la de modo criativo, espontâneo, pessoal.

Da capacidade de estar só depende a capacidade para o desenvolvimento da imaginação, bem como das relações amorosas e de amizade. Portanto, a capacidade para amar, imaginar, criar e, consequentemente, trabalhar, está diretamente relacionada à luta pelo reconhecimento do outro e de si como um ser com vida pessoal, própria. É preciso que a mãe suporte que o bebê possa "simplesmente ser', é preciso que reconheça a existência dele (ainda que extremamente dependente) para que ele vá criando seu mundo subjetivo e, aos poucos, se relacionando com a realidade externa. Winnicott enfatiza a relação entre criatividade e confiança, afirmando que "O espaço potencial entre o bebê e a mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo depende da experiência que conduz à confiança. Pode ser visto como sagrado para o indivíduo, porque é aí que ele experimenta o viver criativo" (Winnicott, 1975: 142).

Se, com base em Enriquez (1994), já havia destacado a importância do reconhecimento para o processo de subjetivação humano, com Winnicott (1975) observo que tal processo requer o estabelecimento de relações confiáveis: é preciso ser verdadeira e constantemente reconhecido; é preciso poder contar com esse reconhecimento em qualquer momento. Sem a confiança no outro não é possível se sentir reconhecido, nem se reconhecer como sujeito singular.

Lembrando-nos de que, conforme enunciamos anteriormente, as organizações são palco dos mais arcaicos desejos e demandas, podemos enfatizar que delas também é exigido um espaço de confiança, em que os profissionais tenham tranquilidade para "estar só". Ou seja, um espaço para experimentarem, exprimirem e compartilharem sua espontaneidade, podendo trabalhar de modo criativo. Com isso, estou propondo que sem o desenvolvimento da confiabilidade na dinâmica organizacional não é possível esperar dos profissionais um trabalho criativo. Ou, dialogando com teorização de Enriquez (1997b), que a base para a construção do imaginário motor seria o desenvolvimento da confiabilidade.

Não se trata, é claro, da confiança no amor materno (embora esta tenha sido essencial para o percurso do sujeito até aquela organização), mas de uma confiança estruturada em diferentes níveis, tais como a capacidade fraterna do grupo; as possibilidades do gestor de exercer a função psíquica de intermediário

(Sá & Azevedo, 2010b); as condições socioeconômicas que ancoram tanto os processos de trabalho quanto as políticas de recursos humanos, dentre outros.

Essas colocações acerca da confiança levam ao diálogo com as ideias de Barros e Barros (2010). Lembremos que para as autoras a imprevisibilidade estimula a ação criativa, desde que sustentada em "zonas de confiança", construídas no compartilhamento do trabalho real e no contato com a alteridade. Ressalto a necessidade da criação de tais zonas porque, a meu ver, o imprevisto também pode provocar desestruturação ou busca por respostas mecanizadas, quando não amparado por um ambiente de confiança. Sem confiar na estabilidade do ambiente de trabalho e na capacidade dos colegas de oferecer suporte e reconhecimento, os profissionais podem ter sérias dificuldades para responder criativa e adequadamente aos problemas imprevistos que os acometem. Ou seja, é necessária a existência de um espaço transicional para acolher o imprevisto, permitir que os profissionais 'brinquem'com ele e possam, assim, elaborar projetos para seu enfrentamento criativo.

Em diálogo com Enriquez (1997b), acredito que a ausência da confiança genuína no ambiente, a confiança de que a equipe reconhece seus membros em sua singularidade e suporta a vivência espontânea e criativa de todos, poderia intensificar as práticas pautadas no imaginário enganador. Ou seja, diante do imprevisto e da impossibilidade de controle, os profissionais tenderiam a se agarrar mais fortemente em seus contratos narcísicos e identificatórios, fantasiando, com mais intensidade, a firmeza, a estabilidade e a onipotência do serviço. Assim, tenderiam a se agarrar no "excesso de sentido", inibindo as possibilidades de invenção e criatividade (Azevedo, 2010) e recorrendo a respostas mecanizadas, marcadas pela indiferença ao outro.

Segundo Winnicott (1975), a criatividade exige ainda que se tenha "esperança na vida". Um olhar rápido para a estruturação de nossa sociedade atual já nos permite antever o tamanho da dificuldade que nos espera, tendo em vista que vivemos numa cultura narcisista, regulada pela competitividade e pela lógica do mercado, recheada de organizações que se mantêm sobre vínculos de trabalho precários, em que os profissionais também são objetos de consumo, ao mesmo tempo que se veem chamados a desempenhar o papel de empresários de si mesmos (Bezerra Jr., 2002). Confiança e esperança estão longe de predominar nesse contexto. De todo modo, acreditando que minhas argumentações teóricas também podem contribuir com mudanças culturais

(Rivera, 2003), sigo com o estudo da criatividade na obra winnicottiana e sua interlocução com o campo do trabalho em saúde.

O Espaço Transicional nas Organizações de Saúde

Referindo-se ao tratamento psicanalítico, Winnicott afirma que a psicoterapia acontece no espaço transicional, já que "se efetua entre duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas" (1975: 59). No mesmo sentido, Safra (2006) entende que é no registro da transicionalidade que o analista pode desenvolver uma atitude empática com o analisando, conseguindo compreender sua dor. A atividade lúdica propiciada pelo espaço transicional oferece as condições necessárias para que o analista apreenda o "idioma pessoal" de seu paciente, ocupando-se do mundo deste e situando-se, momentaneamente, no mesmo horizonte de sentido dele.

No contexto das instituições de saúde, Kaës oferece alguns exemplos de espaços onde as funções intermediárias e transicionais podem ser exercidas. Segundo o autor, estes são lugares de "interstício", de "passagem", do "dentro/fora", representados por corredores, cafés..., "lugares construídos para acolher e tratar as representações da conflitualidade psíquica e/ou institucional (espaços terapêuticos ou de jogo, salas de reunião e todo e qualquer espaço 'encontrado-criado' como tal)" (Kaës, 2002: 27).

Tomarei a discussão interdisciplinar de casos clínicos como um dos possíveis exemplos da configuração de espaços transicionais. Pensemos em um contexto de equipe que conta com um estado de mínima confiança na relação entre seus membros e de possibilidade da circulação da fala e reconhecimento das diferenças entre os mesmos, bem como com um tempo e um local reservados e respeitados para reuniões. Ao discutir o caso da senhora X, os profissionais expõem seus conhecimentos objetivos sobre a doença que a acomete, as impressões que tiveram a respeito da capacidade dela em lidar com as dificuldades, os recursos (afetivos, intelectuais, sociais) que nela identificaram, enfim, conversam sobre tudo o que puderam apreender do caso, a partir do contato interpessoal com a paciente. Ao fazê-lo, trocam impressões, estranham a percepção do colega, interrogam-se sobre o que haviam pensado, obtêm novas conclusões.

Conforme discutimos, e levando em conta as considerações levantadas nos trabalhos de Nunes e colaboradores (2008) e Campos e Domitti (2007), não podemos deixar de lembrar que o contato com as diferentes percepções entre os membros da equipe pode causar profundo mal-estar, na medida em que questiona aquilo que cada sujeito apreendeu do caso a partir de seus referenciais teóricos e culturais, bem como das técnicas que utiliza e do posicionamento subjetivo a partir do qual se relaciona com os pacientes. Em última instância, uma discussão de caso pode se impor como uma espécie de alfinetada no narcisismo de cada profissional.

Costa (2007), entretanto, oferece outra possibilidade de compreensão desse tipo de fenômeno, com base na leitura que faz da teoria winnicottiana. Segundo o autor, quando o sujeito tem a possibilidade de fazer uma apropriação criativa do mundo, ao se dar conta de que o Outro também o faz, ele "entra no jogo da reciprocidade e tem acesso à cultura, que é a área de ilusão na qual a produção do espírito humano se torna plural, diversificada e em constante estado de reinvenção" (Costa, 2007: 78). Na esteira do autor, entendo que o contato com diferentes perspectivas de um mesmo caso também pode se estruturar como um jogo profícuo para a construção de projetos criativos.

Voltando à situação que imaginamos, devemos reconhecer que, ao conversar sobre o caso da senhora X, a equipe habita um espaço intermediário 'entre' a realidade objetiva do contato com a paciente e a realidade subjetiva de cada profissional que experimentou diversificadas sensações perante o caso e com base nelas elaborou seus pareceres técnicos. Note-se que esse espaço é delimitado coletivamente, a partir daquele de cada uma das exposições sobre a paciente. Nessas vias intermediárias de circulação, os profissionais se mantêm em contato com o caso, mas podem também se distanciar dele, o que permite percebê-lo de outras perspectivas, com menos pavor, desespero, desesperança, comoção ou piedade, por exemplo. Ao mesmo tempo, podem reconhecer as diferentes formas que os colegas têm de sentir, perceber, avaliar e prognosticar, tendo também suas capacidades e limitações reconhecidas. Assim, no trânsito, no espaço intermediário, podem fazer movimentos constantes de aproximação e diferenciação em relação à paciente e aos colegas.

Com esses movimentos, os profissionais podem criar, construir um projeto de tratamento. Um projeto que, sem prescindir de informações objetivas,

também conta com a elaboração coletiva desenvolvida a partir de movimentos realizados nas áreas intermediárias, situadas entre o mundo empírico e o mundo interno de cada profissional, assim como entre os diversos mundos que compõem uma equipe interdisciplinar. Criados a partir do movimento, esses projetos devem guardar a abertura para novos trânsitos, a serem guiados pela forma como os pacientes os recebem e com eles lidam.

Baseando-se em Eugène Enriquez, Azevedo (2010: 980) ajuda a entender a importância desse tipo de criação quando afirma que "participar de um projeto, de um futuro comum, implica sonhá-lo, supõe abrir espaço para a ilusão, possibilitando recriar vínculos, e assim, se contrapor às representações do outro perseguidor, por vezes dominante na organização".

Dessa forma, espera-se ser possível criar estratégias, elaborar as situações vividas no trabalho, e não mais (ou não tanto!) recorrer apenas ao ato (Sá & Azevedo, 2010a), ou ao constante "apagamento de incêndios", como costumam dizer os profissionais dos serviços de saúde.

A importância de criar espaços propícios à vivência transicional, seja na vida cotidiana, seja na realidade de trabalho, pode se justificar pela tese, defendida por Winnicott (1975), de que a capacidade para brincar e habitar esse espaço paradoxal, em que desejos, sonhos, fantasias e realidade empírica podem coexistir, é a gênese de todos os fenômenos culturais da vida adulta. Para o autor, é somente no espaço transicional (no brincar) que o indivíduo, adulto ou criança, pode ser criativo e "utilizar sua personalidade integral" (Winnicott, 1975: 80).

A experiência cultural se localiza num espaço intermediário, transicional, entre o sujeito e o meio ambiente. Em minha tentativa de fazer dialogar a teoria winnicottiana com as ideias que tenho discutindo com base em René Kaës, insisto em que essa tese sobre o brincar vai ao encontro das formulações acerca da "função intermediária". Entendo, assim, que a habitação do espaço transicional possibilita experiências de processos de mediação e integração de mundos diversos, podendo trazer a experiência do passado para junto do que está sendo vivido, o que permite a criação da história.

A criação exige movimentos de contato entre os mundos interno e externo, singular e coletivo, mas também entre o passado, o presente e o futuro. Para brincar e criar cultura, o novo e o velho precisam se visitar. A criatividade não é uma produção solipsista e original do ser humano, mas uma expressão

pessoal que se apoia nas construções que a civilização já edificou, requerendo um suporte social real. Assim, para Winnicott,

> em *nenhum campo cultural é possível ser original, exceto numa base de tradição.* Inversamente, aqueles que nos oferecem uma contribuição cultural jamais se repetem (...). A integração entre originalidade e aceitação da tradição como base da inventividade parece-me apenas mais um exemplo, e um exemplo emocionante, da ação recíproca entre separação e união. (1975: 138, grifo do autor)

A esse respeito, vale destacar ainda a leitura que Kaës (2003: 21-22) faz do espaço transicional, enfatizando que ele permite "coexistir sem crise, nem conflito, o que já estava lá e o que ainda não surgiu, a herança e a criação. Esta coexistência é um momento paradoxal e fecundo porque supõe uma experiência subjetiva e intersubjetiva de tolerância e confiança". O autor enfatiza que as experiências no espaço transicional permitem a ilusão de "continuidade entre aquilo que se herda e aquilo que se cria" (Kaës, 2003: 22).

Com base nessas elaborações, eu diria que é no espaço transicional que a função metafórica (Kaës, 2002, 2005a, 2005b) pode se estruturar e fazer seu trabalho de integração entre diferentes movimentos e atores, entre tempos diversos, construindo história, delimitando a cultura organizacional. Porque é nesse espaço que a experiência contraditória pode ser vivida e representada, o que permite sua nomeação e compartilhamento. Assim, a história e sua recriação podem coexistir (ainda que pertençam a tempos distintos) e ser apropriadas pelos membros da instituição.

Se concordamos com Winnicott a respeito da impossibilidade da criação sem uma base de tradição, notamos a importância da função metafórica com seu trabalho de integrar ao presente o passado e os diferentes movimentos que perpassam a vida organizacional. Consequentemente, evidencia-se também a importância de preservarmos as condições para a existência de espaços transicionais nos serviços, já que é neles que essas funções podem ser exercidas.

Segundo Winnicott (1975), nossa tarefa de aceitação da realidade nunca é totalmente concluída, de modo que sempre precisamos relacionar realidade interna e externa, o que nos é possível, muitas vezes, por meio da produção de bens culturais e/ou do acesso aos mesmos. Proponho que o trabalho também pode ser uma forma de relacionar realidade interna e externa, de

experimentar a espontaneidade, de criar, de fazer cultura. Assim, arriscaria supor que é principalmente no espaço transicional, a partir do viver criativo, que o profissional pode experimentar sua autonomia, atingindo, como vimos no início do texto, um dos objetivos que Campos (2000) atribui ao trabalho em saúde: contínuo aumento da capacidade de reflexão e ação autônoma, tanto de usuários quanto de profissionais.

Com isso, insisto, não estou desconsiderando a dificuldade e a complexidade de minha proposta, uma vez que mesmo Winnicott admite que o espaço transicional é, fundamentalmente, precário e frágil, pois se situa "na linha teórica existente entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido" (1975: 75), além de depender do amparo do ambiente, como já discuti com base leitura de Souza (2007).

A Vivência da Criatividade e a Importância da Agressividade

Supondo a criatividade como um colorido geral, oriundo do contato do sujeito com a realidade (e não como uma defesa), Winnicott afirma que sem a percepção criativa, o sujeito tem um relacionamento de submissão com a realidade, de tal modo que "o mundo, em todos os seus pormenores, é reconhecido apenas como algo a ajustar-se ou a exigir adaptação. A submissão traz consigo o sentimento de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida"(1975: 95).

Subentende-se aqui que se o profissional tiver uma postura de submissão em seu trabalho, apenas desempenhará funções de ajustamento e adaptação, cumprindo protocolos mecanicamente, burocratizando as ações e estabelecendo relações de indiferença com pacientes e colegas. No entanto, conforme lembra Costa (2007), o sujeito criativo (não submetido) não deixa de ser perpassado pelo ódio, pela crueldade e pela consciência de sua destrutividade.

Nesse sentido, é necessário explicar, ainda que brevemente, a forma como Winnicott (1983) entende a agressividade. Segundo o autor, nos estágios iniciais do amadurecimento emocional, é o componente agressivo que geralmente "conduz o indivíduo rumo a um objeto ou a um *não-eu* que ele sentirá como externos" (Winnicott, 1983: 301, grifo do autor). A experiência agressiva se torna satisfatória quando encontra uma oposição. Nesse caso, o indivíduo tem uma sensação importante de realidade. Ele percebe que há algo ali, para além

dele, que lhe impõe sua existência mediante a oposição à sua agressividade e a sobrevivência a ela.[1]

Ainda que todo indivíduo nasça com algum potencial agressivo, este se desenvolverá segundo a quantidade de oposição encontrada no ambiente. Note-se que, para Winnicott (1983), essa oposição só deve ser experimentada quando o bebê já vivenciou um estado de dependência absoluta e já alcançou integração suficiente para se haver com seus próprios impulsos e com a externalidade do mundo. Exemplo da coexistência de amor e agressividade pode ser encontrado no modo terno e ao mesmo tempo impiedoso com que as crianças costumam tratar seus objetos transicionais. Elas os sujam, jogam contra a parede, mordem, ao mesmo tempo que deles cuidam. Costumam requerê-los depois de os terem jogado fora porque o importante é que eles tenham sobrevivido à sua agressividade, mostrando que há um mundo mais forte que a sua destrutividade, um mundo que não está sob o seu controle onipotente.

A respeito da importância da agressividade para o processo de apercepção do mundo externo, Salem (2007: 176) observa: "O atrito gerado entre o apetite agressivo do bebê e a resistência do ambiente revela os efeitos de sua ação no mundo e permite que passe a construir seus limites corporais reconhecendo no entorno aspectos que não lhe pertencem". O autor lembra que, para a teoria winnicottiana, o indivíduo sente prazer quando encontra uma oposição adequada, pois, desse modo, está satisfazendo seu desejo de diferenciação.

No pensamento winnicottiano, criatividade e agressividade podem caminhar juntas, em direção à realidade. Complementarmente (e paradoxalmente!), uma é responsável pela criação e a outra pela certificação de que há um mundo além do criador e daquilo que ele cria. Sem a ancoragem nesse mundo, como vimos, a criatividade não pode se desenvolver. Ao mesmo tempo, sem a criatividade o sujeito não pode viver no mundo, mas apenas se sujeitar a ele.

Note-se que a relação entre criatividade e agressividade nos remete novamente à delicada relação entre singular e coletivo, recheio das organizações de saúde. Enquanto a criatividade permite a experiência subjetiva da espontaneidade, a agressividade (se conta com a oposição adequada) conduz ao reconhecimento do outro, da diferença e de si mesmo como diferenciado, como

[1] Winnicott (2000) concebe a agressividade, quando é inicialmente experimentada pela criança, como diferente da raiva, provinda da frustração diante de uma resposta do ambiente. Assim, a agressividade é tida, em sua origem, como uma espécie de "força vital" que vai ao encontro do ambiente externo, não sendo, portanto, fruto da frustração.

único. As duas juntas, a nosso ver, permitem a criação de projetos coletivos, a partir dos quais há ressonância de múltiplas vozes.

A configuração de equipes criativas e colaborativas – favorecedoras do desenvolvimento da autonomia dos profissionais, assim como da corresponsabilidade e do comprometimento com o trabalho, tal como indicam Barros e Barros (2010) – inclui a convivência com vivências agressivas, brigas e disputas. Longe de se mostrarem como um espaço de pacífica harmonia, as equipes precisam de certa sustentação organizacional para que a agressividade de seus membros possa ser experimentada e utilizada em processos de reconhecimento do outro e de si. Sem a trabalhosa lida com o elemento agressivo das relações não é possível supor a prática criativa.

Nesse sentido, Winnicott (1983) considera que ao longo de toda a sua vida o homem precisa empreender esforços para reparar aquilo que destrói com sua agressividade e seu ódio. Esse esforço, que lhe exige lidar constantemente com a coexistência do amor e do ódio, da criação e da destruição, que o coabitam, é a matéria-prima do desenvolvimento da capacidade para se preocupar com o outro. Segundo Winnicott, o trabalho constitui um mecanismo essencial para que os homens possam fazer esse processo de reparação, conseguindo suportar a culpa, que acompanha a ambivalência, e desenvolvendo a possibilidade não apenas de reconhecimento do outro, mas também de preocupação com ele. Assim, ele afirma:

> Esbocei alguns aspectos da origem da preocupação nos estágios iniciais (...). Mas, esse equilíbrio tem que ser conquistado repetidas vezes. Tomemos o caso óbvio de um adolescente ou o caso igualmente óbvio de um paciente psiquiátrico, para o qual a terapia ocupacional é muitas vezes um começo na estrada rumo a um relacionamento construtivo com a sociedade. Ou considere-se um médico e suas necessidades. Privem-no de seu trabalho, e onde vai parar ele? Ele necessita de seus pacientes e da oportunidade de empregar suas habilidades tanto como os outros. (Winnicott, 1983: 74)

A Gestão do Trabalho Cotidiano e a Criatividade

Para finalizar, resgatamos nossa tese de que o lugar da criação e da reparação é o espaço transicional, onde as formações intermediárias podem fazer seu trabalho. Por isso, vale lembrar a advertência que Sá e Azevedo (2010) e

Onocko Campos (2005) fazem sobre a importância de que gestores e trabalhadores cultivem dispositivos de relação intersubjetiva, nos quais os afetos amorosos e destrutivos, bem como as formações conscientes e inconscientes, possam ser assumidos e analisados, num trânsito contínuo entre as dimensões singulares e coletivas.

Nessa perspectiva, Onocko Campos (2005: 577) entende que a gestão deve se constituir "como uma instância, como um lugar e um tempo onde se possa experimentar a tomada de decisões coletivas e analisar situações com um grau de implicação maior em relação àquilo que é produzido". Trata-se de 'lugar e tempo' compartilhados, o que conforma um *setting* subjetivo com a função de possibilitar a circulação da fala e da autorreflexão entre os profissionais, aumentando o grau de análise das práticas, mas também a compreensão e o manejo dos estados pulsionais inconscientes, sobre os quais se constrói o próprio trabalho. Espera-se que nesses espaços as questões e os sentimentos despertados pelo trabalho em saúde permaneçam vivas, "podendo ser analisadas e não recalcadas e não se transformem em atuações perversas ou burocráticas quando da relação entre profissionais, usuários e comunidades" (Onocko Campos & Campos, 2006: 686).

Há que se ter espaços para que os profissionais conversem sobre as vivências subjetivas e intersubjetivas. São exemplos desses espaços as discussões de caso, as equipes de referência, os colegiados de gestão, as supervisões clínico-institucionais, os grupos de trabalho, as oficinas de planejamento, as reuniões para elaboração e discussão de atendimentos feitos conjuntamente, as assembleias que envolvem toda a equipe e usuários, os conselhos locais de saúde e tantos outros que podem ser "criados-encontrados"nas zonas de interstício, de "dentro-fora", de trânsito, conforme sugere Kaës (2002).

Defendo, assim, que o trabalho criativo não nasce por meio de uma espécie de geração espontânea. Pelo contrário: requer um esforço de criação de dispositivos que o facilitem, o estimulem e o sustentem. Trata-se, na verdade, de um esforço de contínua recriação, pois esses dispositivos tendem a ser fisgados pelo imaginário enganoso, fixando-se em ideologizações, fantasias de onipotência ou impotência e burocratizações.

Embora admita que toda organização precise de certo grau de estabilidade, entendo também que é preciso estarmos atentos para os momentos em que a agressividade e as movimentações não aparecem na cena relacional, já que,

conforme observaram Nunes e colaboradores (2008), a calmaria pode representar um sincretismo que nega as diferenças, e, consequentemente, impede a criatividade. Portanto, aceito que o trabalho criativo, embora atribua um colorido pessoal às práticas, o que é prazeroso, também nos exige permanente esforço e movimento nos campos intra e intersubjetivos, ou nas esferas singulares e coletivas.

Reconheço que este texto esbarra em vários limites, já que chamo a atenção para uma dimensão do trabalho de difícil estruturação na realidade atual dos serviços. Dada a complexidade que envolve a noção de criatividade num contexto grupal, não pude me deter na análise das questões socioculturais que marcam as instituições da atualidade, nem, tampouco, colocar os conceitos discutidos em diálogo com tais questões. Também não pude examinar uma série de práticas e problemas de saúde que requerem a protocolização e a repetição. Contudo, espero que a reflexão a respeito da criatividade como mais uma das variadas dimensões que devem ser consideradas no trabalho em saúde possa nos ajudar a, baseando-nos em Enriquez (2006), favorecer a estruturação de organizações que "dançam", e não (apenas) "pesam". Organizações capazes de sonhar, de projetar e, em alguma medida, elaborar seus conflitos. Isso tudo sem que precisemos negar nossa divisão originária nem, tampouco, nossa ambivalência constitutiva. Muito trabalho nos espera e, por isso mesmo, é necessário que possamos ser espontâneos, que possamos encontrar brechas para criar e não apenas para nos submeter.

Referências

ARTMAN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 183-195, 2001.

AZEVEDO, C. S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, supl.1:977-986, 2010.

BARROS, M. E. B. & BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. & BARROS, M. E. B. (Orgs.).*Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj, Abrasco, 2010.

BEZERRA JR., B. O caso da interioridade. *In*: PLASTINO, C.A. (Org.). *Transgressões*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2002.

CAMPOS, G. W. S. *Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.&DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2): 399-407, 2007.

COSTA, J. F. Criatividade, transgressão e ética. *In*: COSTA, J. F. *O Risco de Cada Um e Outros Ensaios de Psicanálise e Cultura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DEJOURS, C. *O Fator Humano*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1997.

DIAS, E. O. *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. *In*: MACHADO, M. *et al*. (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. A psicanálise e o campo social. *In*: ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997a.

ENRIQUEZ, E. A organização como sistema cultural, simbólico e imaginário. *In*: ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997b.

ENRIQUEZ, E. O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável. *RAE-eletrônica*, 5(1):1-14, 2006.

FREUD, S. *Totem e Tabu* [1912].Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 13. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud)

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22): 239-255,2007.

KAËS, R. O interesse pela psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. *In*: CORREA, O. B. R. (Org.). *Vínculos e Instituições: uma escuta psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 2002.

KAËS, R. O intermediário na abordagem psicanalítica da cultura. *Psicologia USP*, 14(3): 15-33, 2003.

KAËS, R. A categoria do intermediário na psicanálise: problemática geral. *In*: KAËS, R. *Os Espaços Psíquicos Comuns e Partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005a.

KAËS, R. O intermediário na abordagem psicanalítica grupal. *In*: KAËS, R. *Os Espaços Psíquicos Comuns e Partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005b.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. *In*: MERHY, E. E. *Saúde e Cartografia do Trabalho Vivo em Ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIRANDA, L. & ONOCKO CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6): 1.153-1.162, 2010.

MIZRAHI, B. G. *A Vida Criativa em Winnicott: um contraponto ao biopoder e ao desamparo no contexto contemporâneo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

NUNES, M. O. *et al*. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1): 188-196, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 573-583, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. & CAMPOS, G. S. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. *In*: PINHEIRO, R. &BARROS, M.E. B. (Org.). *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Epesca, Abrasco, 2007.

RIVERA, F. J. U. Cultura e liderança comunicativa. *In*: RIVERA, F. J. U. *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SÁ, M. C. &AZEVEDO, C. S. Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro. *In*: UGÁ, M.A.*et al*. (Orgs.). *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010a.

SÁ, M. C. &AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde.*Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.345-2.354, 2010b.

SAFRA, G. *Hermenêutica na Situação Clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo: Sobornost, 2006.

SALEM, P. Reflexões sobre confiança e hábito em D. W. Winnicott e J. Dewey. *In*: BEZERRA JR., B. &ORTEGA, F. (Orgs.).*Winnicott e seus Interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

SANTOS, E. S. *Winnicott e Heidegger: aproximações e distanciamentos*. São Paulo: DWW Editorial, Fapesp, 2010.

SOUZA, O. Defesa e criatividade em Klein, Lacan e Winnicott. *In*: BEZERRA JR., B. & ORTEGA, F. (Orgs.). *Winnicott e seus Interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

WINNICOTT, D.W. A criatividade e suas origens. *In*: WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D.W.Preocupação maternal primária [1956]. *In*: WINNICOTT, D. W. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: F. Alves, 1978.

WINNICOTT, D. W. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. *In*: WINNICOTT, D. W. O *Ambiente e os Processos de Maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional: características da primeira infância. *In*: WINNICOTT, D. W. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. A agressividade em relaçãoao desenvolvimento emocional [1950-55]. *In*: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

5
O Profissional da Saúde como Sujeito, Sofrimento no Trabalho e Gestão

Maria Liana Gesteira Fonseca

Nosso verbo ser
É uma identidade,
Mas sem projeto

E se temos verbo
Com objeto
É bem mais direto

No entanto falta
Ter um sujeito
Pra ter afeto

Mas se é um sujeito
Que se sujeita
Ainda é objeto

Sandra Peres e Luiz Tatit, "Gramática", 1998

Depois de algumas décadas em que o campo da saúde coletiva se debruçou sobre processos eminentemente macrossociais, alguns autores da atualidade (Azevedo, 2005; Barros, 2007; Onocko Campos, 2005; Sá, 2005) sublinham, sob distintas óticas, as questões relativas à subjetividade, aos afetos, às difi-

culdades e sofrimentos que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde, indicando a interdependência dos processos micro e macrossociais.

Nas décadas de 1970 e 1980, as ciências sociais entraram no campo da saúde pela via da medicina social latino-americana com questionamentos à forma predominante de organização da prática médica e ao positivismo vigente, reconhecendo as limitações das teorias anteriores para abarcar a complexidade do processo saúde-doença. Essa nova perspectiva da saúde destacou a relação entre medicina e estrutura social para abordar os problemas relativos ao que hoje chamamos de saúde pública. No entanto, o "encontro assistencial que incluísse o corpo e a subjetividade de profissionais e usuários como categoria de análise" durante muito tempo não foi incorporado à discussão (Onocko Campos, 2005: 575). Hoje este tema se apresenta como o cerne de questões ligadas não somente à saúde do trabalhador – que se desdobra na qualidade das práticas assistenciais –, mas também à própria gestão em saúde (Azevedo, 2005; Sá, 2005).

Farei aqui uma breve revisão a respeito do sofrimento no trabalho em saúde e indicarei alguns desdobramentos dessa discussão para a gestão.

O Sofrimento no Trabalho em Saúde no Brasil

"O encontro assistencial que inclui o corpo e a subjetividade de profissionais e usuários", nos termos de Onocko Campos (2005: 575), é atravessado por uma multiplicidade de questões, as quais serão aqui elencadas de forma sucinta, com base em trabalhos de alguns autores como Creuza Azevedo, Emerson Elias Merhy, Marilene de Castilho Sá, Regina Barros, Regina Benevides de Barros, Rosana Onocko Campos e, como não poderia deixar de ser, Cristophe Dejours.

No trabalho em saúde, nos diversos níveis de atenção, uma das primeiras questões que se coloca de forma insistente é o contato diário com a doença, morte e sofrimento. Tal questão demanda intenso trabalho psíquico, isto é, exige do profissional investimento de energia[1] não somente em nível físico ou mental, mas em um nível mais profundo, tocando em temas enraizados na história e nas representações de cada sujeito – como

[1] Preferi usar aqui o termo 'investimento de energia' ao invés de 'investimento libidinal' para evitar adentrar em discussões metapsicológicas neste ponto do texto.

vida, morte, sofrimento, perda e a própria vulnerabilidade da vida – e exigindo, assim, elaborações de outras ordens, que vão além do aprendizado meramente técnico.

A exigência de trabalho psíquico, na perspectiva de Sá, Carreteiro e Fernandes – apoiados nas concepções da psicanálise e seus desdobramentos, como a psicossociologia francesa e a psicodinâmica do trabalho –, se traduz como "a produção de processos e formações inconscientes, como as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes e as estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico no trabalho" (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008: 1.335).

Doença e morte são temas associados à finitude do ser humano e à fragilidade da vida. Portanto, por si sós, não são de manejo fácil, independentemente do profissional da saúde, visto que suscitam afetos de toda ordem. No Brasil, ainda se somam a esses temas uma infinidade de demandas com as quais trabalhadores da saúde se deparam no dia a dia, demandas imbricadas em questões sociais, históricas e culturais, como pobreza, violência, esparsas redes de apoio social e vulnerabilidades de todas as ordens (Azevedo, 2005; Onocko Campos, 2005; Sá, 2005; Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008).

Como destaca Onocko Campos (2005), os trabalhadores da saúde no Brasil fazem intervenções terapêuticas com populações que, frequentemente, precisam estruturar sua própria resistência à morte via modos de subjetivação muitas vezes incompreensíveis para o próprio profissional. Isto é, para sobreviver física e psiquicamente, sujeitos constroem modos de existir pouco inteligíveis ou aceitáveis para aqueles que não vivem nas mesmas condições. A autora enfatiza a intensidade das experiências de encontro e desencontro dos profissionais com a população e seus desdobramentos tanto no modo de assistir à população como naquele de viver o trabalho.

Em uma direção semelhante, destaquei os abismos culturais entre clientela e profissionais, no que diz respeito às representações sobre corpo, doença, adoecimento e sofrimento nos serviços de saúde (Fonseca, 2007, 2008). Tal diferença implica não somente uma possível dificuldade de diálogo e compreensão entre profissionais e clientela, como também uma intensificação do sofrimento para os profissionais, para quem as demandas de atenção são sentidas como avassaladoras ou simplesmente são negligenciadas, devido à sua recorrência e à falta de instrumental teórico e metodológico que lhes permita dar conta delas nos serviços.

Embora Onocko Campos (2005) se refira principalmente a diferentes modos de subjetivação e eu tenha me referido a diferenças culturais (Fonseca, 2007, 2008) – e ambos os aspectos estão de alguma forma vinculados, visto que uma cultura implica modos de subjetivação consonantes com seus valores e condições –, os dois enfoques revelam a dificuldade de tradução e compreensão das demandas da população em relação aos serviços por parte dos profissionais da saúde.

O sofrimento social, transformado em queixas inespecíficas ou em diagnósticos médicos – apresentado sob a forma de demandas simbólicas (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008) ou de sofrimento difuso (Fonseca, 2007, 2008; Fonseca, Guimarães & Vasconcelos, 2008; Savi, 2005; Valla, 2001) –, constitui mais um elemento no vasto rol de questões com as quais os profissionais da saúde se deparam na lida cotidiana.

Sá, Carreteiro e Fernandes (2008) mostraram como os usuários de determinado hospital batiam à porta da emergência à procura do que as autoras denominaram "demanda simbólica por amparo". Tais demandas, travestidas em pedidos de medicamentos ou de atestados médicos, não dependiam de processos orgânicos que as justificasse. A busca pelo medicamento ou atestado, como afirmaram as autoras, era uma busca pela inserção do mal-estar em uma rede de sentido, nomeando-o como uma patologia ou um diagnóstico, mesmo que esta suposta inclusão implicasse a negação do sofrimento social ou a sua redução à dimensão individual. Segundo Carreteiro (2001: 93),

> o sofrimento não encontra um lugar institucional que possa reconhecê-lo dentro da esfera da proteção social. Esta só confere um lugar à subjetividade dentro de suas perspectivas: corpo são, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional, o faz através da doença. Tal reconhecimento, quando ocorre, produz um deslizamento do sofrimento social para o individual. Esta passagem indica que as categorias institucionais ignoram formas de mal-estar que não estejam etiquetadas como doença.

Nesse sentido, há uma sobrecarga de demandas nos serviços de saúde, visto que o sofrimento só ganha reconhecimento como doença e diagnóstico. Portanto, o mal-estar ganha legitimidade também por intermédio de um profissional e da relação deste com um usuário.

Suponho que o uso corrente de categorias como estresse, depressão, pânico, dores pelo corpo e dores de todas as ordens (que representam as queixas

difusas) por parte da população possa funcionar, em muitas situações, como a busca das etiquetas mencionadas por Carreteiro (2001). Possivelmente, parte dos usuários dos serviços não usa essas categorias plenamente conscientes do que representam como diagnóstico ou passaporte para a legitimidade de seus estados de mal-estar no sistema de saúde, mas está inserida em um jogo social em que todos os atores participam de alguma forma.

Essa intensidade de demandas, atravessadas por questões sociais, causa ainda mais incompreensões nas relações entre profissionais e usuários. Sá, Carreteiro e Fernandes (2008) fazem referência, por parte dos profissionais, ao sentimento de "estar sendo lesado ou enganado" pela população, quando tais situações batem à porta dos serviços. Da mesma forma, usuários se sentem não atendidos e não reconhecidos em seus sofrimentos.

Esse enfrentamento diário exige dos profissionais modos de acolher, de operar e de conferir sentido, mesmo que as demandas da população possam parecer desagradáveis e inconvenientes, que não haja tempo para acolher e respostas prontas para lidar com essa ordem de sofrimentos apresentados. Ou seja, há uma requisição constante de trabalho psíquico e de elaboração, proveniente da complexidade de elementos que constituem os serviços de saúde, em relação a seus trabalhadores – profissionais da saúde de todas as categorias –, ainda que haja uma divisão técnica e social do trabalho.

É evidente que nesse processo o trabalhador está longe de ser uma simples vítima; ao contrário: embora ele seja objeto do jogo de forças institucionais, é também ativo na elaboração de modos de lidar com a realidade que se apresenta, produzindo saberes e atos que emergem na fenda irremediavelmente aberta entre o trabalho prescrito e o real do trabalho. Este, para Dejours (2007: 29), é "definido como tudo que resiste ao conhecimento, ao saber, ao *savoir-faire*, ao domínio". O hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real é definido da seguinte forma por Dessors e Schram:

> a distância entre a organização prescrita e a real não tem sempre a mesma sorte: ora é tolerante, e oferece margens à liberdade criadora; ora é restrita, e os assalariados receiam ser surpreendidos cometendo erros. O mais comum é que seja simultaneamente uma e outra, tolerante ali onde o ganho é visível, restrita lá, quando se observa como capaz de regular a desobediência e a fraude. (*apud* Dejours, 2008: 64)

No caso dos trabalhadores da saúde, a diferença entre o prescrito e o real pode tanto se configurar como espaço para exercerem suas habilidades quan-

to se tornar fonte de angústia em face de situações de difícil enfrentamento. Diante de tais percalços no mundo do trabalho, Dejours chama a atenção não somente para o adoecer, mas para aquilo a que chama "normalidade sofrente", ligada às estratégias de defesa, isto é, os modos pelos quais os trabalhadores conseguem tolerar o sofrimento sem enlouquecer:

> Como conseguem esses trabalhadores não enlouquecer, apesar das pressões que enfrentam no trabalho? Assim, a própria normalidade é que se torna enigmática. A normalidade é interpretada como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta individual e coletiva contra o sofrimento no trabalho. Portanto, a normalidade não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário. Pode-se propor um conceito de normalidade sofrente. (Dejours, 2007: 36)

Diante de problemas concretos e de sofrimentos legítimos no cotidiano dos serviços evidentemente não contemplados no trabalho prescrito, profissionais da saúde constroem continuamente novos modos de operar e também estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico. Sejam individuais ou coletivas, essas estratégias desembocam em modos de conceber e exercer o trabalho em saúde (Azevedo, 2005; Sá, 2005).

As estratégias coletivas de defesa, segundo Dejours (2007), são marcadas especificamente pelas pressões reais do trabalho. No caso dos trabalhadores da saúde no Brasil, podemos citar uma infinidade de pressões reais, advindas das demandas já citadas, das realidades sociais e da precariedade dos serviços (Azevedo, 2005; Onocko Campos, 2005; Sá, 2005).

As estratégias de defesa contra o sofrimento por parte dos trabalhadores da saúde têm caráter paradoxal. Se, por um lado, são modos pelos quais os trabalhadores conseguem se esquivar do adoecimento e proteger sua saúde mental, podem, por outro lado, se transformar em modos de apartamento da realidade, em construção de mecanismos de endurecimento e desumanização (Dejours, 2007; Sá, 2005):

> as estratégias defensivas cumprem papel paradoxal, porém capital, nas motivações subjetivas da dominação a que já nos referimos (...). Necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, as estratégias defensivas podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem tornar tolerável o sofrimento ético, e não mais apenas o psíquico, entendendo-se por tal não o sofrimento que resulta de um mal

> padecido pelo sujeito, e sim o que ele pode experimentar ao cometer, por causa de seu trabalho, atos que condena moralmente. (Dejours, 2007: 36)

São essas mesmas estratégias de defesa que dissociam a percepção do sofrimento da percepção de que há algo injusto e fazem com que o sofrimento social seja algo tolerável não só para os profissionais da saúde, mas para todos os cidadãos que vivem em uma sociedade na qual predomina a iniquidade (como é o caso do Brasil). É isso que Dejours (2007) chama de "banalização da injustiça social", baseado no que Hannah Arendt chamou de "banalização do mal".

As estratégias de defesa cumprem, assim, a função de atenuar o sofrimento. No entanto, podem também desempenhar, segundo o próprio Dejours em outro texto, "papel de freio à reapropriação, à emancipação e à mudança" (2008: 56).

No caso dos profissionais da saúde da rede pública no Brasil, encontramos exemplos das estratégias de defesa contra o sofrimento, tanto individuais quanto coletivas, descritas nas teses de Sá (2005) e Azevedo (2005): com o uso de categorias que encobrem a diversidade da demanda (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008), com base na indiferença em relação aos usuários, ou mesmo sob a forma de apatia e descrença em relação ao trabalho.

Até aqui chegamos, com base no conhecimento teórico oferecido por diferentes autores, em um dos cernes fundamentais da questão que se apresenta para este trabalho: o sofrimento dos trabalhadores da saúde, apresentado como dor, patologia ou, mais frequentemente, como estratégias de defesa, está inexoravelmente vinculado ao modo de fazer e produzir (ou não produzir) saúde nos serviços, assim como ao funcionamento de toda a organização de saúde em que estão inseridos.

Sendo assim, tal sofrimento remete a um problema ligado não exclusivamente à temática de saúde do trabalhador, mas também à gestão do trabalho em saúde e seus desdobramentos na assistência, já que em seu cotidiano junto à população o profissional da saúde faz um constante "uso de si" (Barros, 2007).

O 'Uso de Si' e o Trabalho Vivo

Segundo Merhy (2002), a natureza da relação entre o trabalhador e seu trabalho se estabelece de acordo com o uso de si, o quanto usa de "trabalho morto" e de "trabalho vivo".

Para que o trabalho se realize, o trabalhador conta – mais ou menos, a depender da natureza de seu trabalho – com a presença de saberes, tanto organizacionais quanto tecnológicos, produzidos anteriormente, que representam o trabalho morto. No entanto, soma-se a essa acumulação anterior o trabalhador concreto que atua a seu próprio modo para colocar o trabalho em processo, o que caracteriza o "trabalho vivo em ato" (Merhy, 2002).

O trabalho e os atos de cuidar em saúde são constituídos principalmente por trabalho vivo. Isto é, contam com a história, as habilidades e as capacidades inventivas dos trabalhadores na organização do processo de trabalho e na composição dos saberes tecnológicos que os constituem (Merhy, 2002).

A noção de saber tecnológico, na perspectiva de Merhy (2002: 45), está apoiada em uma concepção de tecnologia em que "os saberes são constituídos para a produção de produtos singulares, para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana".

O trabalho em saúde é caracterizado pelo que Merhy (2002) chama de "relação intercessora", isto é, o ato de criação do produto e seu consumo ocorrem ao mesmo tempo, e o modo como o consumidor – que no caso é o usuário dos serviços de saúde – valoriza o produto está na presente na relação imediata. Sendo assim, a relação entre "consumidor-usuário" e "produtor-trabalhador da saúde" é determinante para o funcionamento dos serviços, para os processos organizacionais, para a satisfação ou insatisfação, sofrimento ou reconhecimento tanto dos profissionais quanto da população.

As Dificuldades... Os Desafios

A infinidade de demandas da população em relação aos serviços, assim como suas estratégias de sobrevivência, chamadas por Onocko Campos de "esgarçamento simbólico", e o consequente hiato cultural e afetivo entre profissionais e clientela lançam luz sobre a falta de "suporte, arcabouço conceitual ou categorial para a saúde coletiva poder de fato apoiar seus agentes nesse percurso" (2005: 579). Isto é, no seu "trabalho vivo em ato", trabalhadores da saúde são atravessados não somente por si mesmos como sujeitos, mas também por uma estrutura maior.

Esses profissionais, além de travarem contato com as questões sociais que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde via toda a sorte de demandas

– que ora podem acolher, ora não podem –, são simultaneamente sujeitos e objetos da dinâmica dos serviços, estão imersos em questões intersubjetivas e grupais que constituem as organizações onde trabalham:

> A organização é considerada, nessa visão, uma realidade viva em que os sujeitos vivem seus desejos de afiliação, em que se instaura não somente o jogo de poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário para paixões presididas pelo amor e também pela violência. (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007: 2.411)

Nessa perspectiva, em Merhy (2002) assim como em Dejours, mesmo que os sujeitos sofram, não deixam de ser coprotagonistas dos processos organizacionais, ainda que este protagonismo não esteja necessariamente no âmbito da consciência; não deixam de exercer algum tipo de atividade, de participar do jogo social com toda a sua humanidade, no seu potencial vital, criativo e amoroso, mas também destrutivo.

Em suma, a falta de apoio, o enfrentamento diário do cotidiano dos serviços de saúde, as questões sociais e organizacionais, mas também os desejos e medos, o amor e o ódio estão entrelaçados no sofrimento do trabalhador da saúde. Esse sofrimento pode gerar solidariedade,[2] vida, mas também morte; pode humanizar ou desumanizar. Não se trata aqui da perspectiva de um trabalho sem sofrimento – tarefa impossível, visto que o sofrimento é constitutivo da própria condição humana –, mas de procurar caminhos para transformar pelo menos parte desse sofrimento em reconhecimento, crescimento e novos modos de gestão do trabalho.

Gestão do Trabalho e do Sofrimento: será possível?

Como afirmam Barros e Barros (2007), o diagnóstico do sofrimento cotidiano do trabalhador da saúde costuma se desdobrar na busca de tratamentos que por vezes se voltam para a saúde individual do profissional ou para "reivindicações fragilmente organizadas". Ainda que não deixem de considerar a importância desses encaminhamentos, as autoras sublinham a reincidência das queixas ligadas ao cotidiano do trabalho em saúde. Para dar conta dessa

[2] Na perspectiva indicada por Sá (2009), apoiada em autores como Birman, entre outros, da solidariedade como fruto do reconhecimento da própria precariedade e do reconhecimento de uma certa interdependência entre os sujeitos.

problemática, propõem colocar em foco as relações dos trabalhadores com o processo produtivo e com os objetos de investimento de seus trabalhos, para além das questões do trabalhador como indivíduo ou como categoria (Barros & Barros, 2007). Em outro trabalho, Regina Benevides de Barros (2007: 357) propõe:

> Problematizar a relação entre a atividade da gestão e a gestão da atividade, instalar dispositivos que permitam a circulação da palavra, corresponsabilidade, aumentando o grau de autonomia nos processos de pensar – fazer seu trabalho, aumentar o grau de abertura aos processo de criação implica sustentar a indissociabilidade entre atenção e gestão (...). Assim, formular propostas de trabalho que afirmem esta inventividade dos trabalhadores, sua potência de renormalização, sem cair nos relativismos irresponsáveis, é afirmar o trabalhador ético da saúde.

Na mesma direção, Onocko Campos (2005: 579) trata a gestão como produtora de processos de subjetivação: "É nessa busca que trabalhamos com a ideia de gestão como importante produtora dos processos de subjetivação. A gestão como produtora de passagens, para dar cabida a tanta intensidade como há no trabalho em saúde na rede pública".

Dar suporte aos trabalhadores e ao trabalho em saúde é algo complexo, que dependerá de diversos elementos. A produção de sentido nos dispositivos grupais, via elaboração pela palavra, pode ser um deles. O reconhecimento é mais um elemento importante nesse processo.

Dejours (2007) indica que o sofrimento no trabalho se transforma em prazer pela via do reconhecimento; do reconhecimento depende o sentido do sofrimento, isto é: é diante do reconhecimento que as angústias, dúvidas, esforços, investimentos ganham legitimidade e sentido. Sendo assim, caberia pensar aqui no uso de dispositivos grupais para promover espaços tanto de produção de sentido e de novos caminhos quanto de reconhecimento no trabalho pelos pares.

Ao arrolar as dificuldades de compreensão entre profissionais e clientela, enfatizei a necessidade de melhores e mais constantes capacitações para os trabalhadores da saúde,[3] assim como espaços de palavra, escuta e vínculo, onde possam experimentar entre si o acolhimento demandado pelos usuários, que

[3] No caso da dissertação citada, as afirmativas fazem referência aos trabalhadores da atenção básica, mas acredito que possam valer para qualquer nível de atenção em que haja contato dos profissionais com sofrimentos de qualquer ordem.

também é uma necessidade do profissional (Fonseca, 2007). Todavia, considerando a dimensão intersubjetiva e mesmo organizacional de tal enfrentamento, eu sublinharia, com base nas leituras supracitadas, que essas práticas deveriam constantemente levar em conta os trabalhadores como sujeitos, portadores de afetos – como sentimentos de amor, ódio, apego e repulsa –, admitindo que a constituição de espaços grupais teria também que dar continente a tais sentimentos.

Acredito que facilitar a construção de espaços para dar sentido a esses processos seria útil não apenas para dar conta do sofrimento dos trabalhadores, mas também para garantir a qualidade da atenção nos serviços a partir da reflexão sobre os processos organizacionais.

Referências

AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.410-2.420, 2007.

BARROS, M. E. B. Trabalhar: usar de si, sair de si. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22): 345-363, 2007.

BARROS, R. B. & BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. *In*: SANTOS FILHO, S. B. & BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

CARRETEIRO, T. C. A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. *In*: SAWAIA, S. (Org.). *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DEJOURS, C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *In*: LANCMAN, S. & LAERTE, I. S. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2008.

FONSECA, M. L. G. *Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problemas de Nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*, 2007. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

FONSECA, M. L. G. Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. *In*: VASCONCELOS, E. M. *Abordagens Psicossociais*. São Paulo: Hucitec, 2008. v. II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. L. B. & VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 11(3): 285-294, 2008.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. *In*: MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 573-583, 2005.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a humanização das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1): 651-664, 2009.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C. & FERNADES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6): 1.334-1.343, 2008.

SAVI, E. A. *O Sofrimento Difuso das Mulheres na Maré: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência*, 2005. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

VALLA, V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. *In*: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.

6
A Abordagem de Narrativas de Vida como um Caminho de Pesquisa em Saúde

Creuza da Silva Azevedo

Neste estudo são considerados os pressupostos e as características da abordagem de pesquisa que tem sido denominada "narrativas de vida" (Pineau & Legrand, 1993; Gaulejac & Lévy, 2000; Lévy, 2001) e adotada no âmbito das ciências sociais e humanas (Denzin & Lincoln, 2005). Trata-se de uma modalidade de pesquisa qualitativa que, em uma perspectiva biográfica (Houle, 2008), tem por base relatos, histórias de vida e histórias profissionais, considerada aqui como um caminho de pesquisa no campo da saúde.

O interesse por essa perspectiva advém do reconhecimento de que a história de uma coletividade, sua organização, seus conflitos só ganham consistência por terem sido vividos por sujeitos, no curso de suas trajetórias. A especificidade de um grupo ou sociedade pode ser apreendida nos meandros que articulam, no tempo, as relações entre a existência individual e a coletiva (Lévy, 2001). Portanto, "as histórias de vida nos contam, na realidade, a história da vida em sociedade" (Houle, 2008: 320).

A história de vida como objeto de pesquisa tem como marco inicial os estudos desenvolvidos na Escola de Chicago, no começo do século XX, no Departamento de Sociologia e Antropologia; tais estudos estão inseridos no contexto de criação da sociologia empírica e da análise das diferentes relações sociais vivenciadas pelos indivíduos (Carreteiro, 2003). Os pesquisadores da

Escola de Chicago se inspiraram sobretudo no filósofo e historiador alemão Dilthey, que compreende que o fato social só pode ser apreendido a partir do indivíduo e do seu vivido (Lévy, 2001).

Nesse contexto, empregaram-se diferentes instrumentos metodológicos, como o estudo de cartas, dos documentos de arquivos e, por fim, o estudo da história de vida, autobiográfica, contada por escrito. Depois dos anos 40 do século XX, a história de vida foi abandonada. Essa perspectiva voltou a ganhar importante destaque nos anos 70 a partir dos estudos do sociólogo Daniel Bertaux, que trata as narrativas de vida como práticas sociais. Na visão do autor, o foco não estaria no indivíduo, mas na compreensão da dinâmica dos grupos sociais (Bertaux, 1997). No que diz respeito ao contexto histórico em que ganharam peso os estudos baseados em relatos/histórias de vida, no âmbito nas ciências sociais, com reflexos no campo da saúde pública/saúde coletiva, particularmente nas décadas de 1970 e 1980 do século XX, cabe registrar um movimento que procurou romper com o domínio das análises estruturalistas, de cunho marxista, para tratar dos processos de mudança social. Tal movimento correspondeu a um "retorno do ator" (Touraine, 1984) e, portanto, ao reconhecimento do papel do sujeito como agente de mudanças. No âmbito da sociologia, particularmente da sociologia da ação, desenvolveram-se abordagens qualitativas que permitiram uma análise da construção social na sua relação com o sujeito (Touraine, 1984; Houle, 2008). A questão epistemológica passou a se referir ao estatuto teórico concedido ao sujeito e à subjetividade no trabalho de pesquisa científica.

Nesse contexto histórico e acadêmico em que articulações entre os processos coletivos e as categorias de ator/sujeito eram estabelecidas, origina-se uma redescoberta da história de vida, do relato biográfico como estratégia fundamental de pesquisa do universo singular, cotidiano e dos processos subjacentes às condutas coletivas. Esta abordagem é próxima a outros métodos, como os da observação participante e da pesquisa-ação, que também acentuam o papel dos processos sociais e subjetivos, a forma como são vividos, rememorados e interpretados por sujeitos concretos (Pineau & Legrand, 1993; Gaulejac & Lévy, 2000).

A abordagem de narrativas de vida orientou uma investigação por mim realizada sobre a prática gerencial dos diretores de hospitais públicos do Rio

de Janeiro (Azevedo, 2005). Embora ainda pouco difundida na saúde coletiva no Brasil, as narrativas têm sido empregadas por alguns autores como Lilian Blima Schraiber (1993, 1995, 2008) e Rosana Onocko Campos e Juarez Furtado (2008), e na área da psicologia social brasileira ganham importante destaque a partir dos trabalhos de Ecléa Bosi (2001, 2003) e Teresa Carreteiro (2001, 2002, 2003).

Expressando a complexidade da pesquisa qualitativa, a abordagem biográfica, e assim a de narrativas de vida, contempla estudos que adotam referenciais teóricos distintos (Denzin & Lincoln, 2005). No Brasil, Bosi (2001, 2003), baseando-se em Walter Benjamim e Maurice Halbwachs, busca a articulação entre memória individual, memória coletiva e história pública. Carreteiro (2001, 2002, 2003), além de incorporar a leitura da etnossociologia a partir da contribuição de Daniel Bertaux (1997), embasa seus estudos particularmente na perspectiva psicossociológica que considera a articulação entre as dimensões sociais e psíquicas, empregando a abordagem denominada "Romance familiar e trajetória social". Onocko Campos e Juarez Furtado (2008) vêm adotando a perspectiva da hermenêutica de Paul Ricoeur e buscando tratar a narrativa como elemento de mediação entre acontecimento e estrutura, entre indivíduo e sociedade e entre memória e ação política. O trabalho desses autores emprega a narrativa em processos de avaliação participativa na pesquisa voltada para práticas em saúde mental.

Focalizarei aqui abordagens com as quais tenho trabalhado: a etnossociologia (perspectiva partilhada por Schraiber e também Carreteiro) e a psicossociologia francesa, embora venha a fazer referência a outras leituras, particularmente as contribuições de Bosi. A leitura psicossociológica, além de apreender o peso da experiência subjetiva na construção social e histórica, favorece a compreensão dos processos intersubjetivos na produção da narrativa e das questões do sujeito na construção do coletivo.

Para ilustrar tanto a discussão teórica quanto os procedimentos de pesquisa próprios da abordagem narrativa, recupero alguns elementos que caracterizaram a investigação por mim realizada sobre práticas gerenciais (Azevedo, 2005) e a de Schraiber (1993, 1997, 2008) a respeito da prática médica. Pesquisas que apresentam alguns aspectos teórico-metodológicos em comum e que são estudos realizados na área da saúde.

A Abordagem de Narrativas de Vida: um caminho para o estudo de práticas sociais e de saúde

Em Pineu e Legrand (1993: 39), a história de vida é tratada como pesquisa e construção de sentido a partir de fatos temporais: "Ela apresenta uma abordagem compreensiva, capaz de apreender a significação da experiência vivida".[1]

Lévy (2001) destaca o caráter essencialmente subjetivo da história e de sua narrativa e também da história da pesquisa e do encontro que a origina. O autor busca desfazer a oposição entre história real e história contada e, portanto, a dissociação entre acontecimentos objetivos e a maneira pela qual eles são interpretados, tanto no momento em que se produzem quanto posteriormente. Assim, alerta o autor, a história não pode ser vista separadamente da subjetividade. A narrativa faz parte da história, e esta é fruto do sentido que o sujeito concede aos acontecimentos, trabalhado pelo tempo.

No Brasil, é importante destacar o estudo de Bosi (2001) sobre "Lembranças de velhos" no qual o registro da memória de pessoas idosas e anônimas de São Paulo propicia não apenas acesso à memória pessoal, mas também à memória social, familiar e grupal: história de São Paulo e história de trabalhadores anônimos. Adotando a perspectiva de Halbwachs, Bosi afirma que "cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva" (2001: 413). A autora, de modo poético e sensível, articula em sua obra duas realidades: a memória e a velhice. Ela realça em seu trabalho a compreensão do ato de rememorar como reviver, refazer, como possibilidade de reconstruir, "com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado" (Bosi, 2001: 55). Essa também é a compreensão, como veremos posteriormente, da abordagem psicossociológica da historicidade da narrativa. Bosi (2001) destaca ainda que o pensamento e toda a elaboração intelectual que se desenvolvem na narrativa são produtos de um trabalho, o trabalho de refletir e de recordar que é, acima de tudo, um "trabalho da memória". A narrativa expressa, de modo privilegiado, o atravessamento entre história e vida cotidiana.

A fonte oral "sugere mais que afirma, caminha em curvas e desvios, obrigando a uma interpretação sutil e rigorosa" (Bosi, 2003: 20). Por isso, o trabalho com depoimentos possibilita a emergência de modos distintos de

[1] Tradução livre. Esta e as demais citações em língua francesa podem ser encontradas em Azevedo, 2005.

encaminhamento dos sujeitos. Há, na visão de Bosi, "a revelação do desnível assustador de experiência vivida nos seres que compartilharam a mesma época: a do militante penetrado pela consciência histórica e a dos que apenas buscaram sobreviver" (Bosi, 2003: 19).

A abordagem de narrativa de vida mostrou um grande desenvolvimento no campo das ciências sociais, na sociologia em particular, ao adotar tanto uma reflexão antropológica quanto uma abordagem clínica e inserida na tradição compreensiva.

> Lançando luz às formas nas quais a história social é subjetivamente vivida, as narrativas de vida constituem uma via de acesso insubstituível aos processos que sustentam a sociedade em suas diferentes dimensões psicológicas, culturais, econômicas, sociais: ao mesmo tempo em seu movimento histórico e em sua atualidade, com suas tensões, seus temores ou suas angústias, mas também as esperanças e as perspectivas de futuro sempre profundamente marcadas pela memória dos eventos passados tal como foram preservados e transmitidos nas lembranças das pessoas. (Gaulejac & Lévy, 2000: 3-4)

As Narrativas de Vida como Expressão de um Mundo Social

A narrativa de vida é um método por excelência da pesquisa biográfica, no qual a "abordagem pela biografia" (Legrand, 1992: 12) significa uma via de investigação e análise de fenômenos e processos coletivos. Essa perspectiva ganhou grande fôlego com os trabalhos de Daniel Bertaux, na década de 1970, correspondendo a uma visão etnossociológica na qual as narrativas de vida são consideradas expressão de práticas sociais (Bertaux, 1997).

A abordagem de Bertaux se inspira na tradição etnográfica por suas técnicas de observação, mas constrói seus objetos por referência à problemática sociológica. Não se restringe à descrição do campo como no trabalho etnográfico, sendo necessário passar do particular para o geral, buscando, através do campo, identificar relações sociais, processos e lógicas de ação presentes em contextos similares. Assim, o emprego das narrativas na perspectiva da etnossociologia visa a remontar do particular ao geral a partir de casos particulares.

Bertaux (1997) concebe a narrativa de vida como um caminho para o estudo de um objeto social, fragmento particular da realidade histórico-social. Em sua perspectiva, a narrativa deve propiciar uma análise de determinado

mundo social, sua lógica de produção e os contextos sociais em que se inscrevem, contribuindo para sua reprodução e transformação. "Ela [a narrativa de vida] consiste com efeito em concentrar o estudo sobre tal ou qual *mundo social* centrado sobre uma atividade específica, ou sobre tal ou qual *categoria de situação* reagrupando o conjunto das pessoas que se encontram em uma situação social dada" (Bertaux, 1997: 8, grifos do original).

Assim, a abordagem desse autor implica um trabalho sobre o conjunto de narrativas. No seio do macrocosmo que conforma a sociedade como um todo, os mundos sociais se constituem como certos 'mesocosmos' abrindo-se em microcosmos que os constituem. Entre os objetivos da pesquisa etnossociológica na abordagem do mesocosmo encontram-se a análise de mundos sociais centrados na atividade profissional; a compreensão de fenômenos envolvendo categorias de situação, como, por exemplo, pais divorciados, toxicômanos, desempregados etc., e a análise de trajetórias sociais.

Os relatos, segundo Bertaux (1997), estruturam-se a partir de um filtro, que são as intenções de investigação do pesquisador, por meio do qual se configura uma seleção ou restrição do universo semântico das experiências relatadas.

A perspectiva da etnossociologia de Bertaux (1997) compreende as narrativas de vida como narrativas de práticas em situação. Esse foi um dos eixos teórico-metodológicos que orientaram as narrativas dos diretores de hospitais públicos colhidas e analisadas em pesquisa (Azevedo *et al.*, 2007) na qual procuro compreender, com base nos relatos dos diretores e do resgate de "histórias de vida de trabalho", o trabalho gerencial e o universo da gestão de hospitais públicos no contexto do Rio de Janeiro.

O estudo e, portanto, as entrevistas, desenvolveram-se em torno de dois grandes eixos: o percurso/trajetória profissional e a prática gerencial. Iniciei pela história profissional, incluindo eventos relativos às primeiras experiências profissionais e ao ingresso nos serviços públicos de saúde. Procurei compreender especialmente as mudanças de inserção no trabalho que se fizeram presentes entre a assistência e a gestão hospitalar e a construção da identidade profissional, entre gestor e médico. Também busquei analisar os processos que levaram os gestores a ocupar a função de direção de um hospital público. No âmbito da história profissional, explorei também as experiências gerenciais anteriores, buscando entender como foi se constituindo certa visão sobre o exercício da gestão. O segundo eixo – a prática gerencial atual – norteou-se

pela análise das possibilidades de desencadear processos de mudança nos hospitais. A visão de cada um dos entrevistados sobre o seu trabalho gerencial foi um foco importante, pois procurei identificar os limites e possibilidades do exercício da função de gestor no contexto estudado, assim como analisar a dimensão interativa/intersubjetiva e também técnica e profissional do trabalho gestor, os estilos de gestão, considerando o âmbito da ação, a abrangência, os focos do trabalho gerencial, tanto no âmbito interno quanto no âmbito externo do hospital.

A análise da prática gerencial me permitiu compreender a realidade da gestão hospitalar pública no Rio de Janeiro e resultou – em articulação com a leitura psicossociológica das organizações (Enriquez, 1997) e com base no conceito de imaginário organizacional – na elaboração de uma tipologia de modalidades gerenciais. Tal tipologia expressa, em um dos seus polos, práticas gerenciais que, apesar do difícil contexto da gestão pública, se aproximam de uma perspectiva de mudança, no sentido de construção de um projeto gerencial/assistencial, de construção coletiva de uma visão de futuro, enfim, de elaboração do que considerei como um novo imaginário sobre o hospital. Um segundo modelo representaria a tentativa de estabelecimento de certos objetivos, e consequentemente de projetos, específicos – por exemplo, a reorganização da porta de entrada, o sistema de dose unitária de medicamentos –, não constituindo um processo mais amplo de mudança, pois não impactam a visão e a perspectiva que se tem do hospital, suas significações imaginárias, seu projeto institucional. Ainda há, em outro extremo, uma terceira modalidade de prática gerencial pautada pela luta para a sobrevivência, como expressão do domínio da urgência nas práticas de trabalho e de um imaginário da operacionalidade que se manifesta de maneira emblemática no contexto de crise dos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, especialmente entre os anos de 2004 e 2005. Na Urgência, não há estratégia, só ato. A ação contínua se impõe, não havendo brechas para a reflexão (Azevedo 2005; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007).

As pesquisas de Schraiber (1993, 1995, 1997, 2008), centradas também nas histórias de vida profissional e na perspectiva de Bertaux, tiveram por objetivo analisar o trabalho médico no Brasil, a passagem da medicina liberal para a medicina especializada ou medicina tecnológica, a questão da autonomia profissional e as representações dos médicos a respeito desse processo e de si

mesmos como agentes técnicos e sujeitos históricos. Em seu segundo estudo evidenciam-se os conflitos e as tensões da prática médica contemporânea, qualificados como substratos da complexidade da ação médica. Esse estudo (Schraiber, 2008) voltou-se para a dimensão interativa da prática médica no contexto da medicina tecnológica e focalizou a crise nos vínculos de confiança entre médicos e pacientes, questão considerada emblemática do modelo atual de trabalho. Embora reconheça a dimensão subjetiva dos depoimentos, a autora ressalta a elaboração intelectual do entrevistado, fruto do contexto de entrevista e da demanda do pesquisador. A entrevista, para Schraiber (1993: 33), "recorta o cotidiano no objeto que propõe à reflexão, e o interrompe por meio dessa reflexão, de modo que a interpretação que o relato traz é sempre uma visão original e mais global do que a do cotidiano". Em suas pesquisas, a autora buscou mesclar lembranças de histórias pessoais com reflexões mais gerais sobre o trabalho médico e suas transformações (Schraiber, 2008).

O material empírico, para Bertaux (1997), deve subsidiar a descrição do mundo social e a construção de um conjunto de hipóteses. Essa visão opõe-se à perspectiva hipotético-dedutiva na qual os dados empíricos serão o fundamento da verificação de hipóteses. A narrativa de vida, na perspectiva do autor, deve permitir interpretações dos fenômenos observados, procurando compreender o percurso biográfico do indivíduo em interação constante com o percurso do conjunto, e a reformulação da oposição entre o universo objetivo e o subjetivo.

Lévy (2000), considerando a contribuição de diversos autores que utilizam, sob diferentes denominações, práticas narrativas, identifica importantes questões de fundo que as perpassam. Interroga-se quanto ao *status* epistemológico das narrativas de vida: de que tipo de verdade são portadoras? Quem é o autor e o sujeito? Que verdade traduzem e a que passado se reportam?

Buscando explorar respostas para essas perguntas, Lévy ressalta que a narrativa é construída em resposta a uma demanda do pesquisador, que irá, ao fim, reescrevê-la. Segundo ele, as narrativas são portadoras de traços do entrevistado e do pesquisador que a solicita; assim, podem ser consideradas como ação: "A narrativa de uma história reconstruída com uma preocupação de coerência confere sentido a uma memória (seletiva) de eventos passados, e contribui para a pesquisa de uma identidade por parte do narrador". Lévy afirma, no entanto, que a narrativa pode ainda ser considerada "como um

texto em construção, um testemunho opaco cujo sentido escapa e permanece por descobrir, correspondendo a uma busca de sentido" (2000: 8-9). Essas colocações remetem à perspectiva psicossociológica das narrativas de vida.

A Perspectiva Psicossociológica de Narrativas de Vida: intersubjetividade, história e imaginário

Vincent de Gaulejac (2000) foi o precursor da perspectiva psicossociológica de investigação. Ele inaugurou uma abordagem conhecida como Romance familiar e trajetória social, que articula psicanálise, psicossociologia e sociologia. O autor reconhece que o indivíduo é produto da história, tanto das determinações sociais quanto das psíquicas. Embora se inspire em Bourdieu e assim reconheça a importância da socialização na formação dos indivíduos, Gaulejac procura, ao mesmo tempo, ressaltar a capacidade de cada indivíduo para criar o novo e o inédito, insistindo, assim, na importância da singularidade de cada sujeito (Carreteiro, 2003).

A narrativa de vida, no contexto da psicossociologia, é mais do que a construção de uma história. Mais do que descobrir o sentido da história, trata-se de fazer emergir o sentido que lhe é atribuído no espaço intersubjetivo, como possibilidades de reconstrução.

Para Giust-Deprairies (2000), o processo de subjetivação que se manifesta no ato narrativo se caracteriza pela simultaneidade entre a construção narrativa e seu encaminhamento ao outro. Para ele o sentido origina-se, portanto, em um contexto 'entre-dois', e, assim, como subjetividade em ato. Na narrativa existe uma inversão entre a história, tal como contada, e a história como sucessão de eventos e situações. Expressa-se aí uma diferença entre o tempo psíquico/imaginário, que permite a recursividade, e o tempo cronológico (Gaulejac, 2000).

O sujeito, na narrativa de vida, se encontra face à sua história – seu passado, presente e futuro –, podendo 'trabalhá-la': "Contar sua história é um meio de jogar com o tempo de vida, de reconstruir o passado, de suportar o presente e de tornar belo o futuro" (Gaulejac, 2000: 136).

O trabalho sobre a história de vida implica uma reconstrução na qual a memória é concebida de maneira dinâmica, compreendendo processos conscientes e também inconscientes (Carreteiro, 2000). Como instrumento de historicidade, a narrativa de vida possibilita, então, reparar o passado,

religá-lo, e mesmo reabilitar, através da memória, o que foi anteriormente invalidado. O presente é considerado a partir da história. O passado, nessa perspectiva, é acessível a partir de um olhar atual, como reconstrução impregnada de subjetividade. Emerge, dessa forma, a particularidade da abordagem psicossociológica de narrativas de vida: "a vida é mais próxima do romance que da biografia" (Gaulejac, 2000: 137).

Articulações entre o imaginário e o real

Recontar a vida é transformá-la, é realizar um trabalho imaginário sobre sua própria história. Na perspectiva psicossociológica, a narrativa é uma cena do sujeito, como um "teatro interior e suas criações psicossociais" (Giust-Desprairies, 2000: 96), portanto, como uma cena na qual emerge o sujeito em busca de sentido.

A articulação entre imaginário e real operada por essa perspectiva de narrativas de vida reforça as ideias de Enriquez (1997) quanto ao caráter criativo do imaginário: é o que fecunda o real, é o que permite uma multiplicidade de significações.

A busca de reconstrução de sentido que atravessa o processo narrativo, já apontada por Bourdieu (1996) em sua crítica à "ilusão biográfica", advém, na visão psicossociológica, do caráter heterogêneo das narrativas e de suas determinações simultaneamente objetivas e imaginárias.

A abordagem Romance familiar e trajetória social desenvolvida por Gaulejac é também o fundamento teórico-metodológico das investigações de Carreteiro (2000, 2001, 2003). Para a autora, essa perspectiva permite "compreender as relações entre os eixos psíquicos, familiares e sociais que afetam os sujeitos, analisando as formas adotadas de apropriação ou de incorporação dos mesmos ao longo de uma trajetória de vida" (Carreteiro, 2003: 287).

No estudo que realizei com diretores de hospitais públicos (Azevedo, 2005) procurei como orientação metodológica pautar-me tanto pela perspectiva de Bertaux – buscando assim compreender o mundo da gestão hospitalar pública no Rio de Janeiro e a gestão hospitalar como prática social – quanto pela abordagem psicossociológica – permitindo, a partir da reconstrução das práticas gerenciais, o acesso aos sentidos que atravessam essa experiência (Lévy, 2001). Procurei considerar os processos inconscientes e imaginários que emergem nos

relatos dos entrevistados, tratando-o como um discurso singular mas também como expressão da cena organizacional e institucional.

Nessa pesquisa sobre os processos organizacionais foi fundamental a leitura de Enriquez (1997). Esse autor considera a organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário, no qual se destacam a compreensão do papel do sujeito, dos processos grupais, de seu sistema de valores e a construção de seu imaginário social. Toda organização dispõe de um sistema de normas e valores que leva seus membros a certo modo de apreensão do mundo e orienta suas ações. Tal processo de socialização e as representações sociais assim conformadas encontram equivalência, em termos psíquicos, em imagens compartilhadas pelos sujeitos sobre as organizações às quais pertencem, conformando um imaginário social mais ou menos interiorizado pelos seus membros. Assim, a organização e o trabalho adquirem sentido para os indivíduos não somente por seus imaginários individuais, mas também por uma dinâmica psicossocial e pela conformação de um imaginário social.

O imaginário social/organizacional seria, para Enriquez (1994: 57), "uma certa maneira de representar para nós aquilo que somos, o que queremos ser, o que queremos fazer e em que tipo de sociedade e de organização desejamos intervir ou existir". É um sistema de interpretação, de produção de sentido, que surge na interação e se encontra articulado ao desejo dos sujeitos.

Na análise das entrevistas considerei que a construção de significações imaginárias constitui-se em sustentáculo das práticas sociais e, portanto, da ação dos sujeitos (Takeuti, 2002). As significações imaginárias podem ser, por um lado, em sua dimensão criativa, a base para novos projetos e práticas sociais inovadoras ou, por outro, a fonte para repetição, para reprodução de práticas instituídas. Assim, o imaginário sobre a gestão pública hospitalar e o trabalho gerencial influencia as estratégias e a ação gerencial. No modelo explicativo construído na pesquisa, mediando o imaginário e a ação estariam a formação em gestão hospitalar, o contexto institucional e ainda as políticas de gestão. A formação representa não apenas acesso ao aprendizado formal, fonte de socialização técnica, mas também o contato com modelos imaginários e idealizados de gestão e de práticas hospitalares influenciando o imaginário dos diretores e suas estratégias de trabalho.

Como já foi dito aqui, para a análise da prática gerencial foi constituída uma tipologia de modalidades de gestão na qual a categoria imaginário é central (Azevedo, 2005; Azevedo *et al.*, 2007).

A Entrevista Narrativa, os Procedimentos de Pesquisa e a Inserção do Pesquisador

A narrativa de vida refere-se à história tal como o sujeito a conta, resultante de uma forma particular de entrevista, a entrevista narrativa, na qual o entrevistado é incitado a contar (Bertaux, 1997). A entrevista aberta propicia o surgimento de reminiscências por meio do estímulo à narrativa livre, claro que no limite dos temas e questões que são objeto da pesquisa.

Sobre a natureza da entrevista narrativa, é fundamental destacar que "da qualidade do vínculo vai depender a qualidade da entrevista" (Bosi, 2003: 60). Esse contexto, ressalta Bosi, envolve uma responsabilidade pelo outro, ou seja, tem uma dimensão ética, e ao mesmo tempo representa a participação em "uma aventura comum": "se não fosse assim, a entrevista teria algo semelhante ao fenômeno da mais-valia, uma apropriação indébita do tempo e do fôlego do outro" (Bosi, 2003: 61).

Há na solicitação da entrevista uma demanda de ajuda feita pelo pesquisador ao entrevistado. Ao mesmo tempo, destacam Bertaux (1997) e Carreteiro (1993), a participação na pesquisa confere ao entrevistado um reconhecimento social.

A produção de narrativas deve se subordinar a algumas definições próprias, tais como o objeto, quando e quantos sujeitos serão entrevistados, pois tal abordagem/técnica produz grande volume de material a ser trabalhado. Um roteiro de entrevista deve contemplar os temas fundamentais a serem abordados, considerando-se os objetivos da pesquisa. O roteiro deve ser uma base bastante flexível de apoio à intervenção do pesquisador, capaz de ganhar sentido somente em ato, ou seja, no momento de produção da entrevista. Algumas temáticas surgem espontaneamente, outras são estimuladas pela fala do pesquisador. Ainda a respeito do roteiro, tanto os autores da perspectiva clínica psicossociológica – que procura colocar o "sujeito em posição de palavra" (Lévy, 2011: 11) – quanto Schraiber (1995: 68) afirmam que "deve-se percorrê-lo subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a sequência das questões que o relato produz".

As investigações de campo aqui tomadas como ilustração orientaram-se pela definição de alguns critérios e procedimentos que nortearam a seleção dos sujeitos de pesquisa e os procedimentos empíricos.

Na pesquisa sobre prática gerencial em hospitais públicos do Rio de Janeiro (Azevedo, 2005) o recorte e foco do estudo, e, portanto, a seleção dos sujeitos de pesquisa, foram direcionados para experiências gerenciais no âmbito dos hospitais gerais com emergência, de indubitável importância no sistema de saúde, o que permitiu tratar de experiências em hospitais com perfis e dinâmicas de funcionamento que impõem o mesmo tipo de demanda gerencial: administrar uma atividade que se realiza ininterruptamente envolvendo uma assistência, na porta de entrada, que deve ser realizada de forma imediata. Na seleção dos hospitais, procurei considerar a inclusão de unidades sob condições administrativas diferentes, vinculadas às diferentes esferas de governo – federal, estadual e municipal. Optei pela inclusão preferencialmente de diretores com experiências anteriores na direção de outros hospitais públicos, considerando que a maior experiência facilitaria a tarefa demandada pela pesquisa.

Assim, em um universo de 12 hospitais gerais com emergência localizados no município do Rio de Janeiro, nove foram inicialmente incluídos no estudo, tendo havido uma perda durante a pesquisa. Foi também considerado o critério geográfico – incluídos hospitais localizados nas diversas áreas do município, as mais centrais e as mais periféricas. As entrevistas realizaram-se, em sua maioria, nos próprios hospitais, embora tenha sido apresentada a possibilidade de sua realização onde fosse conveniente para o diretor. As entrevistas foram realizadas ao longo de um período de dez meses – entre julho de 2003 e abril de 2004. Foram realizadas 15 entrevistas, em média duas com cada diretor. No total, foram 16,5 horas de entrevistas gravadas.

A duração da entrevista pautou-se pela disponibilidade do entrevistado, já que o tempo era sempre limitado por outras demandas em sua agenda e também por seu limite e cansaço para o trabalho reflexivo e narrativo. Estabeleci como duração razoável cerca de uma hora. Em alguns casos, foi necessária maior condução e o estímulo por meio de mais perguntas. Em outros, o próprio entrevistado, a partir das observações iniciais, conduziu-se mais livremente em seu ritmo.

Schraiber utilizou os mesmos critérios para a seleção dos entrevistados em seus dois estudos, baseando-se em recomendações dos primeiros médicos contatados. Esse primeiro contato desencadeou os seguintes, num efeito de "bola de neve" (Schraiber, 2008: 53). Assim, os entrevistados foram contatados mediante indicações interpessoais de médicos próximos. Em cada contato

era mencionado o encaminhamento. Esse procedimento para seleção dos sujeitos – a partir da familiaridade, como registrou Bourdieu (2001) – pode propiciar um vínculo favorável à pesquisa. No primeiro estudo, a autora seguiu alguns pressupostos: o médico deveria pertencer ao "coletivo de agentes de trabalho 'liberal', exercendo práticas de intervenção clínica e cirúrgica" (Schraiber, 1995: 66); como consequência do recorte do objeto do estudo, o sujeito da pesquisa deveria praticar a medicina em São Paulo e ter se graduado entre 1930 e 1955. Nesse estudo foram feitos 19 contatos e registradas cinco recusas. Os dois primeiros entrevistados foram objeto de pré-teste. Outros três incluídos posteriormente foram abandonados logo após o primeiro contato, em razão de identificação de erro na indicação. Foram incluídos no estudo nove entrevistados que produziram 38 horas de material registrado (Schraiber, 1995). Em seu segundo estudo, Schraiber trabalhou com oito entrevistados, colhendo 48 horas de entrevistas.

Tanto na pesquisa sobre prática gerencial (Azevedo, 2005) quanto nas duas sobre a prática médica (Schraiber, 1993, 2008), o número de entrevistados e as horas de entrevistas aqui referidas caracterizam bem a dinâmica do trabalho empírico com narrativas. Os estudos aqui considerados procuraram seguir o critério de "saturação" ou "exaustão" (Schraiber, 2008: 54) apontado por Bertaux (1997). Segundo esse critério, o pesquisador deve ter a intenção de incluir o universo de variações que possam se refletir na análise pretendida, possibilitando a formação de um todo e a reconstituição do objeto no conjunto do material. Esse critério não é obrigatório e, na modalidade de pesquisa adotada, pode se somar a outros que norteiem o processo e estejam afinados com o objeto da pesquisa.

O uso do gravador nas referidas pesquisas possibilitou aumentar o poder de registro, permitindo o acesso permanente à viva voz. A gravação propicia também o acesso às pausas, manifestações da entonação, proporcionando melhor compreensão da narrativa. A transcrição, etapa seguinte, é uma fase longa, porém necessária, e exige a realização de uma etapa de "conferência de fidelidade" (Schraiber, 2008: 59).

A questão da ética de pesquisa também merece ser realçada, e alguns procedimentos são esperados antes do início da entrevista. Além da assinatura do Termo de Consentimento, é fundamental que seja estabelecido um contrato verbal que esclareça da melhor forma possível o objeto e os objetivos

da investigação, explicite os valores que envolvem o que se quer pesquisar e os temas-objeto da entrevista. É também importante acordar a forma de organização do trabalho.

Em toda a pragmática da pesquisa – a perspectiva técnica e instrumentos de coleta das informações – a posição do pesquisador deve ser realçada como sujeito na produção do conhecimento. Assim, o pesquisador, seja no ato da entrevista, no processo intersubjetivo aí estabelecido, seja na análise do material, estará presente de corpo e alma, com a sua experiência anterior com relação ao objeto da pesquisa, com os conhecimentos em vários campos e também o conhecimento anterior dos entrevistados. Ele estará presente com sua temporalidade, com sua história anterior (Azevedo, 2005; Barus-Michel, 2004), interferindo de modo singular em cada entrevista. O vínculo de cumplicidade, como dito anteriormente, é essencial (Bosi, 2003). Portanto, o conhecimento prévio ou elementos como simpatia não são tidos como obstáculos; muito pelo contrário, podem potencializar o diálogo (Schraiber, 2008; Bourdieu, 2001). Segundo Bosi (2003), o principal esteio de seu método de abordagem foi a constituição de um vínculo de amizade e confiança com seus entrevistados. A autora, com sua visão extremamente sensível, considera que a pesquisa é, acima de tudo, um compromisso afetivo com o sujeito de pesquisa. Para ela, mais que simpatia espontânea, o vínculo estabelecido deve ser fruto "do amadurecimento de quem deseja compreender a própria vida revelada do sujeito" (Bosi, 2001: 38).

Referindo-se à abordagem clínica em pesquisa ou a intervenções em organizações sociais, Lévy (2001), no âmbito da psicossociologia, vem ressaltar que a *démarche* clínica, mais que método e técnicas, se definiria como um posicionamento em relação ao outro, em relação ao seu saber. Para o autor, a abordagem clínica é uma abordagem de um sujeito ou de um grupo que estará sempre em movimento, sujeitos vivos, desejantes e pensantes, buscando encontrar sentido em suas emoções, lembranças, à procura de uma identidade. A abordagem clínica, por parte do pesquisador, envolve uma compreensão da experiência singular e busca apreender o sujeito em uma "totalidade significante" (Lévy, 2001: 20). É necessário ao pesquisador, além das referências e elaborações teóricas, tomar parte na construção de sentido dado pelos sujeitos à sua própria história, mostrando-se capaz de admitir o inesperado e resistir a reduzi-lo ao já conhecido. Este é um trabalho de cons-

trução de sentido, resultado de um diálogo provocado pelo pesquisador, por sua presença, por suas questões de pesquisa, por suas palavras, e que demanda capacidade de escuta e abertura.

Barus-Michel (2004) realça a implicação do pesquisador. A autora sublinha que uma das características da pesquisa em ciências humanas é o fato de o pesquisador estar implicado em seu objeto pela diferença e pela semelhança que os ligam. Na pesquisa psicossocial, a implicação se torna um instrumento privilegiado da análise. É partir do que toca emocionalmente o pesquisador que se pode compreender do que se trata. O referencial psicanalítico e as noções de transferência e contratransferência, do acolhimento, da escuta permitem apreender a emergência de processos inconscientes e assim alcançar as significações do que está sendo enunciado. Portanto, a partilha de sentido envolve uma experiência vivida pelo pesquisador e pelo sujeito da pesquisa. A implicação é compreendida, então, como "capacidade de se dispor ao sentido, de acolhê-lo, em primeiro lugar, admiti-lo ali onde ele nos atravessa" (Barus-Michel, 2004: 126).

Os Caminhos de Análise das Narrativas

A análise das narrativas pode se iniciar a partir das primeiras entrevistas. A escuta atenta e a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas são recursos preconizados por Minayo (1993) como a base para se proceder a uma análise preliminar do material dos primeiros entrevistados.

As leituras sucessivas do material transcrito, segundo Bertaux (1997), permitem uma leitura compreensiva e tornam-se a base de mobilização de recursos interpretativos do pesquisador, revelando, a cada vez, um novo horizonte semântico. Assim, mostra-se fundamental "impregnar-se de cada relato" (Shraiber, 1997) para então posteriormente poder realizar uma abordagem do conjunto. Bertaux (1997) recomenda a reconstrução da estrutura diacrônica da história narrada por cada entrevistado. Tal procedimento permite o entendimento da ordem temporal presente, sendo indispensável à compreensão das possíveis associações causais. Além da procura de compreensão da narrativa em si, um segundo momento da análise compreende a comparação das diversas experiências e histórias, com o objetivo de se montar uma análise do mundo social objeto da pesquisa.

É importante chamar a atenção para o fato de que as narrativas podem ser compreendidas e trabalhadas em uma dupla função: como resultado do estudo, não requerendo obrigatoriamente uma análise posterior, e como material empírico a ser trabalhado para interpretação posterior.

Bosi, em seu estudo sobre a história social de São Paulo baseada em lembranças de velhos (2003), dando um destaque máximo aos depoimentos dos entrevistados, optou por tratar as narrativas separadamente, desenvolvendo um capítulo para cada entrevistado, com fotos, textos de cantigas, orações e as narrativas na íntegra. Assim, tanto na tese de doutorado quanto no livro, procurou valorizar as narrativas em si, e assim a memória, como um trabalho sobre o tempo, como o resultado fundamental de seu estudo. No capítulo final, tendo incorporado o teor narrativo das memórias colhidas, a autora transforma-se ela própria, para a construção interpretativa e quase poética, em uma personagem-narradora (Barbosa, 1994).

Em suas duas pesquisas, Schraiber realiza (1993, 1997, 2008) dois tipos de processamento das narrativas: apresenta de forma concisa os relatos individualizados, excluindo as intervenções da pesquisadora durante as entrevistas, para então apresentar uma edição sintética de histórias selecionadas; e emprega os fragmentos dos diversos depoimentos com base em categorias analíticas, portanto em interpretações sobre o conjunto do material coletado. Em sua tese de doutorado o material completo das entrevistas encontra-se em segundo volume disponível para o leitor.

Em meu trabalho sobre práticas gerenciais (Azevedo, 2005) trabalhei os depoimentos em torno dos dois eixos de pesquisa definidos – a trajetória e a prática gerencial –, empregando fragmentos dos relatos dos diversos entrevistados com base nas categorias interpretativas. Como nas outras pesquisadoras referidas, também garanti o acesso às narrativas completas. Um segundo volume da tese de doutorado apresentou as entrevistas completas, excluindo-se as minhas intervenções de pesquisadora. É importante destacar na minha pesquisa, em função do emprego da abordagem psicossociológica, a incorporação da dimensão intersubjetiva como elemento fundamental do trabalho empírico e de análise das narrativas. Recorri à categoria imaginário, individual e organizacional, particularmente para a análise das práticas e construção de uma tipologia de modalidades gerenciais, como ainda para a compreensão dos efeitos psicossociais do contexto extremamente precário dos hospitais.

De modo geral, em pesquisas qualitativas que recorrem a entrevistas, o momento de redação da análise incorpora de forma mais ou menos intensa os fragmentos dos depoimentos – curtos ou mesmo longos, expressando o estilo do autor e também a busca nos relatos de sua "extraordinária intensidade expressiva" (Bourdieu, 2001: 705) – que permitem ao leitor "impregnar-se de cada relato" (Schraiber, 1997).

Nos fragmentos incorporados ao texto pode ser interessante aliviar as redundâncias verbais e os tiques de linguagem próprios do discurso oral. Bourdieu (2001: 710) compreende que a passagem do oral para o escrito "impõe, com a mudança de base, infidelidades que são sem dúvida a condição de uma verdadeira fidelidade".

O Estatuto das Narrativas na Produção do Conhecimento

Após a apresentação e discussão de elementos teóricos e técnicos relativos à abordagem de narrativas de vida, finalizo este capítulo considerando alguns aspectos que envolvem seu estatuto teórico-epistemológico.

O primeiro ponto é relativo ao seu pressuposto fundamental: embora se reconheça a vida individual e as questões do sujeito presentes na narrativa, esta expressará o que se passa no plano coletivo, ou seja, traz consigo sua inscrição social.

É fundamental a compreensão, explorada por Onocko Campos e Furtado (2008), da narrativa como uma categoria de mediação. Tal mediação é considerada pelos autores com visões distintas. Destaco aqui duas delas. A partir do campo da comunicação, a narrativa pode ser compreendida como mediação entre indivíduo e sociedade, como um "dispositivo poroso da interlocução", fazendo-se presente um viés relacional produzido "na ação de afetar e ser afetado pelo outro por meio da mediação narrativa" (Onocko Campos & Furtado, 2008: 327). Considerando a mediação com base em uma aproximação da leitura de Paul Ricoeur, os autores ressaltam que as narrativas demandam um olhar que estabeleça articulações entre os fragmentos, atentando para as narrativas como histórias ainda não narradas e simbolicamente mediadas, como mediação entre ação e linguagem e destacando-as como resultado de um fluxo histórico e social. Tal perspectiva reconhece a força das estruturas, das instituições e o exercício do poder, mas ao mesmo tempo enfatiza o poder

criador dos homens e a força das narrativas humanas como experiências que permitem conhecer a natureza complexa da vida social.

Retomo aqui as interrogações de Lévy (2000) quanto ao estatuto das narrativas, suas dimensões imaginária e real. Na abordagem etnossociológica de Bertaux, embora a oposição objetivo/subjetivo seja revista, há uma concepção que poderíamos denominar 'realista' da narrativa, vista como descrição aproximada da história e dos caminhos e interações que permitem o conhecimento do jogo social.

A ênfase da leitura psicossociológica na produção de sentido no espaço intersubjetivo permite depreender que a narrativa possibilita abrir-se à memória, não exatamente traçar uma história, mas alcançar o sentido da história. Assim, ganha importância uma perspectiva de autonomia do sujeito e da narrativa como ação que resiste a toda totalização, como um texto em construção, testemunho opaco (Lévy, 2000), mas, o que é fundamental, ela é uma ação que favorece a formação de uma memória comum.

A leitura de Enriquez (1997) permite compreender possíveis usos e articulações entre as abordagens etnosociológica e psicossociológica, tal como tentei na pesquisa sobre prática gerencial. Para esse autor, embora a base psicanalítica seja fundamental para o caminho que se procura construir na leitura psicossociológica, torna-se fundamental buscar diferentes níveis de interpretação, reconhecendo outras ordens da realidade, como a histórico-social, a institucional e a organizacional, que na verdade se atravessam.

Referências

AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.410-2.420, 2007.

BARBOSA, J. A. Prefácio. *In*: BOSI, E. *Memória e Sociedade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BARUS-MICHEL, J. O *Sujeito Social*. Belo Horizonte. Editora PUC Minas, 2004.

BERTAUX, D. *Les Récits de Vie*. Paris: Éditions Nathan. 1997.

BOSI, E. *Memória e Sociedade: lembrança de velhos*. 9. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

BOSI, E. *Tempo Vivo da Memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. *In*: FERREIRA, M. & AMADO, J. (Orgs.). *Usos & Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.

BOURDIEU, P. *A Miséria do Mundo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CARRETEIRO, T. C. *Exclusão Social e Construção de Identidade*. Paris: L'Harmattan, 1993.

CARRETEIRO, T. C. Mémoires exilées, mémories reconstruites: l'impact de la memoire familiale sur les trajectoires. *In*: GAULEJAC, V. & LÉVY, A. *Récits de Vie et Histoire Sociale*. Paris: Eska, 2000.

CARRETEIRO, T. C. Vinculações entre romance familiar e trajetória social. *In*: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). *Casamento e Família: do social à clínica*. Rio de Janeiro: Nau, 2001.

CARRETEIRO, T. C. Historia de una vida, historia de una sociedad de exclusión. *Revista Perfiles Latino-Americanos*, 21: 11-33, 2002.

CARRETEIRO, T. C. História de vida: da genealogia a um estudo. *Revista da Faculdade de Psicologia da PUC Rio Grande do Sul*, 34(2): 281-295, 2003.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. *In*: LÉVY, A. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção.* Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

DENZIN, N. & LINCON, Y. (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thounsand Oaks: Sage Publications, 2005.

GAULEJAC, V. La vie, le roman, l'histoire. *In*: GAULEJAC, V. & LÉVY, A. (Orgs.). *Récits de Vie et Histoire Sociale*. Paris: Eska Editions, 2000.

GAULEJAC, V. Psicossociologia e sociologia clínica. *In*: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica.* São Paulo, Belo Horizonte: Hucitec, Escuta, 2001.

GAULEJAC, V. & LÉVY, A. *Récits de Vie et Histoire Social*. Paris: Eska Editions, 2000.

GIUST-DEPRAIRIES, F. Raconter sa vie: la quête ontologique du sujet contemporain. *In*: GAULEJAC, V. & LÉVY, A. (Orgs.). *Récits de Vie et Histoire Social*. Paris: Eska, 2000.

HOULE, G. A sociologia como ciência da vida: a abordagem biográfica. *In*: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). *A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

LEGRAND, M. *L'Approche Biographique*. Marseille: Flammarion, 1992. (Collection Interfaces)

LÉVY, A. Une anthropologie sociale renouvelée: enjeux théoriques et histoires sociaux. Introdução. *In*: GAULEJAC, V. & LÉVY, A. (Orgs.). *Récits de Vie et Histoire Sociale*. Paris: Eska, 2000.

LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais: sentido e crise de sentido*. Belo Horizonte: Autêntica, Fumec, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

ONOCKO CAMPOS, R. & FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *In*: ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* (Orgs.). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Adraldo & Rothschild, 2008.

PINEAU, G. & LEGRAND, J. L. *Les Histoires de Vie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993. (Que Sais-Je?)

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29(1): 63-74, 1995.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas*, 1997. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e suas Interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SÉVIGNY, R. Abordagem clínica nas ciências humanas. *In*: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo, Belo Horizonte: Escuta, Fumec, 2001.

TAKEUTI, N. M. *No Outro Lado do Espelho: a fratura social e as pulsões juvenis*. Rio de Janeiro, Natal: Relume Dumará, UFRN, 2002.

TOURAINE, A. *Le Retour de l'Acteur*. Paris: Fayard, 1984.

7
Por uma Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção em Saúde Coletiva

Marilene de Castilho Sá

Em trabalho relativamente recente, no qual analisa as transformações operadas no campo da saúde pública ao longo do século XX e seus desafios no século XXI, Edmundo Granda (2004) faz referência às mudanças globais que vêm desordenando rapidamente as relações econômicas, políticas, sociais e culturais, e observa como tais mudanças impõem limitações à nossa capacidade de imaginar o futuro, mais especificamente de antecipá-lo por meio da ciência. Segundo esse autor, as transformações conceituais, tecnológicas, sociais, políticas, culturais que atualmente ocorrem no mundo produzem grandes desordens no interior de disciplinas aplicadas como a saúde pública, razão pela qual é muito difícil visualizar seus novos limites e características multidisciplinares.

Ainda de acordo com Granda, em pleno século XXI, a maioria dos países não é capaz de promover e proteger a saúde das populações. Ao lado do incremento da exclusão social, da banalização e cotidianidade da violência e das iniquidades no acesso aos bens e serviços, o Estado tem sua autoridade e legitimidade questionadas e seu caráter soberano debilitado. O poder instrumental do Estado da primeira modernidade se vê minado pela globalização econômica, pela globalização da comunicação e pela globalização do crime. Segundo o autor, vivemos um processo de globalização dos riscos: a maneira como nos relacionamos com a natureza durante a industrialização e a forma

como estamos procedendo na globalização geram grandes perigos de destruição para os processos vitais naturais e sociais.

Diante desse cenário, a saúde pública convencional – que se apoiava no pressuposto filosófico-teórico da morte como ponto de partida para a explicação da saúde, no método positivista para explicar o risco de adoecer na população, no estrutural-funcionalismo para compreender a realidade social e no reconhecimento do poder do Estado como força privilegiada para assegurar a prevenção da doença (Granda, 2004) – não tem mais capacidade de resposta. Assim, em contraponto a um excessivo peso conferido no passado à razão instrumental e ao estrutural ou ao sistêmico, nos encontraríamos agora empenhados em analisar e compreender a ação individual e social para estruturar propostas que abram um jogo dinâmico entre ação e estrutura. Isso em um contexto no qual novos movimentos sociais se propõem a integrar o subjetivo com o racional, a unir a cultura e a ciência para a vida, não aceitando o domínio da vida pela ciência e pela técnica. Nessa perspectiva, Granda defende a possibilidade de se construir uma saúde pública fundamentada em métodos que integrem diversas metáforas e proponham variadas hermenêuticas (incluída a científica positivista) capazes de dar conta da ação social e das estruturas.

No mesmo sentido, Jairnilson Paim (2005) destaca algumas perspectivas a serem consideradas na construção desta nova saúde pública: abertura a paradigmas ético-estéticos que apreendam formas não hegemônicas de produzir e conceber saúde/doença/cuidado; produção de espaços e experiências acadêmicos e não acadêmicos de exercício de transdisciplinaridade e de invenção tecnológica que assumam a articulação entre reflexão e prática concreta, pautadas em abordagens que tensionem e transcendam dicotomias do tipo individual/coletivo, afetivo/racional, qualitativo/quantitativo; e construção de espaços de emergência de sujeitos políticos e de desejo, comprometidos com as transformações no campo da saúde coletiva, pela produção de reflexão crítica e de práticas desenvolvidas nas diversas esferas da vida social e acadêmica.

O diagnóstico e as proposições de Granda e Paim convergem para um conjunto de preocupações e perspectivas de que tenho tratado em vários trabalhos (Sá, 1999, 2001, 2005, 2009) a respeito do cenário social, sanitário e político-institucional em que se insere o setor Saúde no Brasil, bem como dos limites do instrumental teórico-metodológico disponível no campo da saúde coletiva

(não apenas no campo da saúde pública tradicional) para o enfrentamento dos desafios daí emergentes, que não se esgotam nos problemas, altamente relevantes e amplamente reconhecidos, de acesso aos serviços de saúde.

Assim, sem negar a importância do instrumental teórico-metodológico disponível no campo da saúde coletiva, é preciso reconhecer a insuficiência das abordagens prescritivo-normativas – apoiadas exclusivamente na racionalidade técnico-instrumental das teorias sistêmico-estratégicas de planejamento e gestão e/ou das abordagens funcionalistas das organizações – para fazer face, por exemplo, a problemas como a apatia e a omissão dos profissionais, ou o descuido e o descaso com os pacientes. Tais problemas não são passíveis de enfrentamento exclusivamente pela via da consciência e da razão – não se resolvem apenas, por exemplo, com capacitações, 'oficinas de sensibilização', ou ainda com a adoção normativa de protocolos ou de medidas coercitivas –, pois remetem ao que há de paradoxal, obscuro e ingovernável na dimensão humana dos processos organizacionais.

Desse modo, faz-se necessário não só um olhar interdisciplinar ou transdisciplinar sobre a dinâmica social contemporânea e sobre a especificidade das organizações de saúde, mas um olhar que focalize, fundamentalmente, a ambiguidade, a ambivalência, a contradição. E, como observa Enriquez (2001), os desconhecimentos, a ilusão, a opacidade e também a violência, inevitavelmente presentes na sociedade e em suas organizações, destacando-se o papel dos processos intersubjetivos e inconscientes nessa dinâmica. Tais processos – que não fazem parte do conjunto de preocupações ou objetos tradicionais da saúde coletiva – dizem respeito ao desejo, à pulsão, ao afeto, ao imaginário, às fantasias, às idealizações, ao sofrimento psíquico no trabalho e às defesas contra o mesmo, entre outros processos inconscientes que atravessam a cena organizacional e nela produzem efeitos (para o bem ou para o mal), interferindo no vínculo que liga os trabalhadores da saúde ao seu trabalho e aos serviços de saúde, ou ainda na relação entre trabalhadores da saúde e usuários dos serviços e, consequentemente, na qualidade da assistência.

É verdade que, nas últimas décadas, o peso das análises estruturalistas em saúde coletiva vem decrescendo sensivelmente, acompanhando um movimento mais amplo das ciências sociais, resgatando a importância dos 'atores' na produção dos processos sociais e deslocando o foco de análise para o cotidiano dos serviços, para as equipes e seus processos de trabalho. Como há mais de

dez anos já reconheciam Lilia Blima Schraiber e colaboradores (1999), há um processo de deslocamento do interesse da área de planejamento e gestão em saúde dos problemas macro para os microssociais, bem como um relativo abandono dos esquemas determinísticos/estruturais de análise, passando a ênfase a recair sobre abordagens mais processuais das organizações, em que se destaca a problemática do sujeito e das interações entre os indivíduos.

Uma expressão desse deslocamento é a posição central ocupada nas agendas de discussões, tanto das instituições acadêmicas quanto do setor Saúde, por temas como a integralidade da assistência, o acolhimento e a 'humanização' dos serviços, nos quais a dimensão subjetiva das organizações e de suas práticas assistenciais é reconhecida como condição de sua efetividade (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008; Sá, 2009).

A despeito dessas importantes transformações no foco das discussões e nos esquemas explicativos do campo da saúde coletiva, é preciso reconhecer os grandes desafios que ainda se colocam para que um dia possamos, como deseja Granda (2004), integrar o subjetivo com o racional ou desenvolver métodos de pesquisa (e intervenção) capazes de dar conta, ao mesmo tempo, da ação social e das estruturas. Ou ainda, como propõe Paim (2005), estar abertos a paradigmas que proponham formas não hegemônicas de produzir e conceber saúde/doença/cuidado, ou adotar abordagens que tensionem e transcendam dicotomias do tipo individual/coletivo, afetivo/racional, qualitativo/quantitativo, ou ainda que favoreçam a construção de espaços de emergência de sujeitos de desejo (para além dos sujeitos políticos, já tradicionalmente reconhecidos pelo campo).

Da Saúde Pública Convencional ao Distante Projeto da Saúde Coletiva: alguns desafios epistemológicos e político-institucionais

A grande distância que ainda nos separa da perspectiva epistemológica anteriormente esboçada se deve, a meu ver, sobretudo a dois conjuntos de fatores.

De um lado, a inspiração teórico-metodológica essencialmente marxista constitutiva da saúde coletiva como campo de saberes e práticas ainda carrega para o campo um forte viés estruturalista. Assim, a despeito da diminuição do peso dos esquemas determinísticos/estruturais de análise, identificada por

Schraiber e colaboradores (1999), ainda é muito tímida a consideração dos processos subjetivos na análise dos problemas relacionados aos serviços de saúde e nas abordagens de intervenção adotadas. Mesmo que reconhecida, há mais de dez anos, a importância do "sujeito na saúde coletiva",[1] este continua assumindo posição secundária nos esquemas explicativos e em geral circunscrita aos limites da consciência, até onde se estendem, a meu ver, as perspectivas fenomenológica, etnometodológica ou interacionista simbólica que compõem, como a entende Minayo (1993), a sociologia compreensiva, hegemônica nas pesquisas em ciências sociais e humanas aplicadas à saúde. Em consequência, mais rara ainda é a consideração dos processos inconscientes na compreensão da dinâmica dos serviços de saúde – algo ainda bastante marginal, periférico no conjunto da produção teórica do campo.[2]

Aqui, julgo oportuno recuperar uma observação de Vincent de Gaulejac (2001) a respeito da atual 'reabilitação' do sujeito na sociologia contemporânea. Segundo o autor, esta "continua dominada pelo projeto durkheimniano. Ela não consegue integrar em seus sistemas explicativos a dinâmica própria do sujeito" (Gaulejac, 2001: 41). O desejo, nessa perspectiva, continua uma caixa-preta. "Não se pode responder a essas questões sem se integrar na análise a dimensão inconsciente. Não se pode pensar a questão do sujeito sem inscrevê-lo numa dupla determinação: social e psíquica" (Gaulejac, 2001: 41).

De outro lado, outro conjunto de fatores que, a meu ver, contribui para a distância que ainda nos separa da perspectiva defendida por Granda (2004) e Paim (2005) não é de ordem epistemológica como o primeiro – pelo menos não em sua origem, embora acabe tendo igualmente consequências epistemológicas –, mas político-institucional. Diz respeito às pressões exercidas sobre a produção científica em saúde coletiva pelo sistema de gestão da pós-graduação no país e à disputa por poder político-institucional e por recursos entre grupos de pesquisadores de filiações disciplinares distintas.

Como observa Maria Andréa Loyola (2010), a saúde coletiva, como campo de saberes e práticas, nasce no Brasil a partir da década de 1970, com um projeto

---

1 "O sujeito na saúde coletiva" foi o tema do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em setembro de 2000 em Salvador, e deu origem a um número temático da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, publicado no ano seguinte, com artigos que abordam a problemática do sujeito e da subjetividade nas práticas de saúde com distintas perspectivas teóricas.

2 Embora não pretendam realizar um levantamento diretamente voltado para a identificação do peso das diferentes abordagens sobre o sujeito e a subjetividade no campo da saúde coletiva, os trabalhos de Abrahão, Martins e Geisler (2008) e de Ferreira Neto e colaboradores (2011) permitem inferir a posição ainda minoritária da leitura psicanalítica dessas noções.

de superação da perspectiva restrita da saúde pública como área de atuação do Estado, apoiada essencialmente em um modelo biomédico de compreensão do processo saúde-doença e filiada à tradição científico-filosófica do positivismo científico. Assim, diferentemente da saúde pública tradicional, destaca-se o importante papel das ciências sociais na conformação e desenvolvimento da saúde coletiva. Estas influenciaram importantes estudos sobre a determinação social da doença, as instituições e as políticas de saúde, as relações entre indivíduo e sociedade, os sistemas de saúde, as práticas de saúde, as representações sociais da doença, os movimentos sociais, entre tantas outras pesquisas que, como reconhece a autora, contribuíram para fazer avançar o conhecimento sobre a determinação social da saúde, a sociedade e também suas próprias teorias e metodologias (Loyola, 2010).

Na mesma perspectiva, Maurício Barreto destaca o caráter político e multidisciplinar do projeto da saúde coletiva, que gerou importantes lideranças no processo de Reforma Sanitária brasileira. Esse movimento, segundo o autor, "foi suficientemente clarividente e generoso para incluir em seu espaço profissionais de diversos campos, dando novo fôlego ao projeto multidisciplinar tradicional da saúde pública" (Barreto, 2010: 15).

No entanto, a despeito de sua origem multidisciplinar, de sua utopia transdisciplinar e do caráter revolucionário ou instituinte de seu projeto político, a saúde coletiva vem sofrendo, a partir da década de 1990, as consequências de sua subordinação à lógica do produtivismo científico dominante entre as instituições de ciência e tecnologia no país e no modelo de pós-graduação induzido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), aliada à imposição de critérios de mérito e avaliação oriundos das ciências biomédicas ou das ciências ditas duras às subáreas do campo que não operam com a mesma lógica. Tal processo teve como consequências, paradoxalmente, o grande crescimento do campo nas últimas duas décadas – expresso no número de publicações e na proliferação de cursos de pós-graduação – e seu distanciamento, cada vez mais marcante, de seu projeto original multi/transdisciplinar, com a hipervalorização de modelos biomédicos e de métodos quantitativos de modelagem de dados e a tendência crescente à fragmentação e à especialização.

Como observa Barreto (2010: 16), "Neste contexto, se fortalecem aqueles campos e grupos científicos que mais se adequaram a esta lógica; no caso da

saúde coletiva, foram os epidemiologistas". Estes, segundo Loyola, "ocupam posições politicamente estratégicas em praticamente todas as instituições e instâncias políticas do campo"; para a autora, "no estado atual do campo da saúde coletiva, as ciências sociais ocupam uma posição subalterna ou, para não ferir suscetibilidades, uma posição politicamente desfavorável" (Loyola, 2010: 22, 23).

Além das dificuldades de ordem epistemológica envolvidas na possibilidade de se avançar no projeto inter/transdisciplinar da saúde coletiva, ou, mais ainda, nas proposições de novos paradigmas como os propostos por Granda (2004) e Paim (2005), colocam-se os constrangimentos de ordem político-institucional relativos ao sistema de ciência e tecnologia e de pós-graduação que, acredito, podem ter consequências deletérias sobre o campo, sobre seu projeto original e sobre os conhecimentos que estão sendo produzidos.

Maurício Barreto (2010: 16) sintetiza esse processo:

> Em resumo, o crescimento intenso da saúde coletiva nas últimas décadas se deu à custa de um modelo que favoreceu o distanciamento de suas áreas de conhecimento em contraposição de sua utopia original de um modelo multi/transdisciplinar. Uma verificação rápida dos programas de pesquisa em curso mostra claramente esta divisão, sendo poucos aqueles programas que desenvolvem experiências efetivamente inovadoras de produção de conhecimento com abordagens metodológicas diversificadas e em diálogo transdisciplinar. Como consequência, ficamos todos em débito com os ideais fundantes da saúde coletiva e com o compromisso com a implementação de programas de conhecimento transdisciplinares que ampliassem a nossa capacidade de entendimento e de proposição de soluções para os complexos problemas de saúde que afligem não somente a população brasileira, mas a população humana, em geral.

Entre os efeitos nefastos do produtivismo científico, Loyola menciona ainda seu impacto sobre as exigências metodológicas, a qualidade e a integridade dos trabalhos, com o risco do desvio dos temas e das questões relevantes para a saúde no nosso país:

> Além de induzir a uma crescente padronização e simplificação do conhecimento, isto induz também a um esvaziamento das questões polêmicas e, em muitos casos, ao progressivo distanciamento das questões e dos temas que interessam e são relevantes para o país, mas não para os editores de periódicos internacionais. (Loyola, 2010: 30)

Penso que a substituição da lógica científica pela lógica econômica e de mercado, no processo de globalização e internacionalização do conhecimento, denunciada por Loyola (2010), vem acompanhada, ou tem como principal produto o fortalecimento de uma "cultura tecnocientífica", tal como a denominam Castiel, Sans-Valero e Vasconcellos-Silva (2011: 167), caracterizada pelo predomínio de métodos e protocolos de pesquisa que privilegiam a ação instrumental e a desvalorização da atividade reflexiva ou das discussões conceituais.

Os autores advertem para a necessidade de se reconhecer o caráter simbólico e ideológico da produção científica, indagando-se sobre "os sinais de grande afinidade entre as perspectivas universalizantes da cultura tecnocientífica e as propostas globalizantes do liberalismo econômico" (Castiel, Sans-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011: 166-167). Nessa perspectiva, a recusa ou a desvalorização da atividade reflexiva e da crítica conceitual pode justificar a abstenção quando se trata de entrar no mérito dos pressupostos e categorias que, por exemplo, "servem para naturalizar e sustentar a globalizada ideologia liberal e neoconservadora e sua capacidade de produzir desigualdades, injustiças e, ainda, culpabilizar suas vítimas" (Castiel, Sans-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011: 165).

Os autores criticam principalmente a hipervalorização da razão e a gestão hiperpreventiva dos riscos em saúde coletiva como faces diversas desse mesmo processo. Da crítica contundente de Castiel, Sans-Valero e Vasconcellos-Silva (2011), parece importante destacar alguns pontos que, ao mesmo tempo que justificam, mais do que nunca, a relevância de uma abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção em saúde coletiva, também apontam para os enormes desafios para seu desenvolvimento.

O primeiro ponto diz respeito ao predomínio da ação instrumental e à desvalorização da atividade reflexiva ou das discussões conceituais na produção científica, que têm como pano de fundo, na sociedade, a desvalorização das "narrativas alegóricas, simbólicas" (Castiel, Sans-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011: 168). Crítica semelhante é realizada por Joel Birman (2003), quando analisa as novas modalidades de mal-estar e sofrimento na sociedade contemporânea – atualmente centradas no registro do corpo e da ação, como as compulsões, as passagens ao ato, numa subjetividade cada vez mais coartada, apartada de qualquer interlocução com o mundo, que se encontra restrito cada vez mais aos registros pragmático e funcional, perdendo, então, a sua dimensão simbólica. Nesse contexto, como observa o autor,

> a linguagem se empobrece a olhos vistos, mesmo quando é usada de maneira gramaticalmente correta. Com efeito, o registro metafórico daquela se faz cada vez mais pobre, na medida em que a dimensão informacional do discurso esvazia a sua dimensão simbólica. A linguagem se evidencia, então, como uma retórica instrumental pela perda progressiva de sua dimensão como *poiesis*. A ação coartada se desdobra, enfim, na compulsão e na linguagem instrumental, sendo esta também uma forma outra de ação restrita. Pode-se depreender disso, enfim, que por este viés é o pensamento enquanto tal que é aqui atingido. (Birman, 2003: 4)

Outra consequência desse empobrecimento da linguagem, do esvaziamento de sua função metafórica é, segundo Birman, a violência gratuita que caracteriza a subjetividade atual e que se evidencia frequentemente como passagem ao ato, isto é, como uma descarga psicossomática com nulo potencial de simbolização.

> Trata-se [a violência] evidentemente de uma perturbação da ação, como os outros já mencionados, mas que evidencia os seus efeitos no agir humano pelo empobrecimento dos processos de simbolização do discurso, na medida em que estes não conseguem regular devidamente os impulsos. (Birman, 2003: 4)

Assim, pode-se compreender melhor a crítica de Castiel, Sans-Valero e Vasconcellos-Silva (2011: 168) ao descarte das "narrativas alegóricas, simbólicas, que visavam a nos proteger do nosso próprio potencial humano de transitar pela loucura e pela barbárie".

O segundo ponto da crítica de Castiel, Sans-Valero e Vasconcellos-Silva (2011) que julgo fundamental para a compreensão dos desafios que se colocam hoje, em termos epistemológicos e políticos, no campo da saúde coletiva, é a pretensão, racionalista, de realizar a modelagem de pessoas e sociedades com base em teorias simplificadoras do comportamento humano segundo as quais este poderia ser submetido à gestão racional de desejos e vontades. É essa pretensão racionalista que apoia ou sustenta o que os autores, em sua crítica, chamam de "hiperprevenção" ou "gestão hiperpreventiva dos riscos em saúde coletiva" (Castiel, Sans-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011: 168) e que encontra sua contrapartida, a meu ver, na hipervalorização da gestão como tecnologia de maximização do desempenho das organizações, pautada em abordagens instrumentais e comportamentalistas dos processos organizacionais.

A crítica a essa perspectiva, no campo das organizações, tem sido feita há algum tempo pelos psicossociólogos franceses, destacando-se o trabalho de

Eugène Enriquez (1994), que tem denunciado a cultura de empresa, a paixão pela excelência e a qualidade total como sinais de uma fantasia de domínio absoluto, de uma vontade infantil de onipotência; segundo ele, em um contexto de déficit de ideais na sociedade, a empresa (ou os valores gerencialistas) se propõe a assumir o lugar de um sagrado laicizado para os indivíduos, dando-lhes o sentimento de transcender, de participar de um projeto a realizar ou causa a defender.

Na mesma crítica a essa perspectiva instrumental/pragmática da sociedade e das organizações, André Lévy (1994a) nos fala de uma fascinação pelo que 'funciona', pelos 'utensílios' que permitem responder rápida e, se possível, automaticamente a problemas delimitados, pelo instrumento e pela instrumentalização.

> [tal fascinação] deve ser compreendida no contexto de nossa sociedade altamente tecnológica, dominada por relações mercadológicas e seus valores, colocadas sob o signo da urgência (ou do sentimento de urgência) – sociedade que é fonte de angústia diante da ausência de um ponto de referência estável e central. (Lévy, 1994a: 104)

O cenário traçado até aqui revela assim não só o quanto a saúde coletiva se encontra distante de seus ideais fundantes – especialmente no que se refere ao seu projeto inter/transdisciplinar (Barreto, 2010) e à desvalorização da contribuição das ciências sociais e humanas (Loyola, 2010) –, mas, principalmente, o risco de empobrecimento do conhecimento produzido no campo. Trata-se do resultado de sua subordinação à lógica de mercado que regula a produção científica e determina sua padronização e simplificação; de seu alinhamento a questões ou temas não necessariamente relevantes ou estratégicos para o enfrentamento dos complexos problemas sociossanitários e da gestão dos serviços de saúde do país (Loyola, 2010); do predomínio de métodos e protocolos de pesquisa que privilegiam a ação instrumental e a desvalorização da atividade reflexiva ou das discussões conceituais (Castiel, Sans-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011).

Cabe lembrar, com André Lévy (1994a: 104), que, com o predomínio da perspectiva pragmática/instrumental, e a consequente desvalorização da atividade reflexiva, "tudo o que se apresenta como uma exigência do sujeito, especialmente a necessidade de tempo, e que, concomitantemente, não garante nem assegura nada, tudo isto é, então, condenado a ser rejeitado". Configura-se, portanto, um contexto totalmente adverso à possibilidade de adoção de

uma perspectiva de pesquisa e intervenção social que proponha a construção de sentido para a vida pelos sujeitos e, ao mesmo tempo, reconheça a impossibilidade de controle sobre os processos sociais e organizacionais.

Assim, este tem sido nosso desafio: transitar na contramão desse contexto, de empobrecimento da linguagem, de perda de seu poder metafórico (Birman, 2003), de pragmatismo e de urgência, propondo o desenvolvimento de uma abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção em saúde coletiva, voltada, particularmente, para a análise das articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde (Sá & Azevedo, 2010).

A Complexidade das Modalidades de Apreensão do Real e o Reconhecimento do Papel do Inconsciente na Produção do Conhecimento

Por seus pressupostos e características, pode-se considerar que a abordagem clínica psicossociológica se insere nos marcos da crítica ao paradigma moderno de conhecimento, desenvolvida por Boaventura de Sousa Santos há 26 anos, e compartilha das principais teses por ele apresentadas sobre o que na época considerava como um paradigma emergente, ou uma nova ordem científica emergente, ainda em configuração, e resultante da crise identificada pelo autor no modelo hegemônico de racionalidade científica (Santos, 2002).

Em sua análise, Santos (2002) se baseava nas seguintes hipóteses de trabalho: a distinção entre ciências naturais e ciências sociais começava a deixar de fazer sentido; a síntese que haveria de se operar entre elas teria "como polo catalisador as ciências sociais"; para isso, as ciências sociais teriam de "recusar todas as formas de positivismo lógico ou empírico ou de mecanicismo materialista ou idealista com a consequente revalorização do que se convencionou chamar humanidades ou estudos humanísticos"; tal síntese não visaria a uma ciência unificada, mas tão somente a um conjunto de galerias temáticas para onde convergiriam objetos teóricos até então concebidos de forma estanque; "à medida que se der esta síntese, a distinção hierárquica entre conhecimento científico e conhecimento vulgar tenderá a desaparecer e a prática será o fazer e o dizer da filosofia da prática" (Santos, 2002: 9-10).

Da crítica epistemológica de Santos à ciência moderna, Carlos Alberto Plastino (2004) destaca inicialmente algumas características que resumo a

seguir, pois julgo essenciais para que possamos situar a abordagem clínica psicossociológica.

Santos assinala a necessidade de multiplicar as modalidades de apreensão do real, insistindo na valorização daquelas que, organizadas em torno da intersubjetividade, têm como escopo não a explicação, mas a compreensão. Mais do que isso, reconhece a complexidade da apreensão do real e, com isto, como observa Plastino, enriquece a perspectiva construtivista do conhecimento, pois não só assume a crítica ao essencialismo e à teoria representacional da linguagem – onde o real é pensado como tendo uma essência racional e a ciência é concebida como uma representação verdadeira do real – como interroga as formas de conhecimento possíveis, reconhecendo sua complexidade e reivindicando "experiências de conhecimento diferentes da científica e, tanto quanto estas, legitimadas não pelos seus fundamentos mas pela sua pertinência" (Plastino, 2004: 430).

A crítica de Santos incide especialmente sobre os dualismos por meio dos quais o paradigma moderno "organiza e limita" sua concepção ontológica, epistemológica e antropológica (Plastino, 2004: 430). A matriz dessa perspectiva dualista está na separação entre pessoa humana e natureza. A partir daí, outros dualismos se apoiam nesse primeiro, organizam e limitam a perspectiva da modernidade: o dualismo natureza/cultura, na perspectiva ontológica; o dualismo corpo/psiquismo, na perspectiva antropológica; e o dualismo sujeito/objeto, na perspectiva epistemológica.

Para Plastino (2004), é no aprofundamento da crítica aos dualismos que o trabalho de Santos adquire sua maior originalidade e se torna uma obra seminal, por vários aspectos, dentre os quais: sua defesa das modalidades de conhecimento intersubjetivas, compreensivas e descritivas; sua contestação da tese de que não haveria qualquer limite imposto pela natureza à ação humana, criticando a prepotência exercida sobre a natureza pelo conhecimento científico moderno e sustentando a possibilidade, e mesmo a necessidade, de se "construir um paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente" (Santos *apud* Plastino, 2004: 431); e, radicalizando a rejeição da separação entre sujeito e objeto do conhecimento, sua proposição de "aumentar não a capacidade humana de dominar o mundo, mas a de compreendê-lo".

Os pressupostos e teses até aqui apresentados são compartilhados por disciplinas da área de ciências sociais e humanas, como a sociologia, a antro-

pologia, a psicologia, ou pelo menos por grande parte das abordagens teórico-metodológicas que as informam. Para essas disciplinas e abordagens, assim como para a psicossociologia, a apreensão do sentido e o significado das ações humanas são centrais. Assim, a abordagem clínica psicossociológica se insere nos marcos das chamadas ciências compreensivas, mas apresenta algumas especificidades ou diferenciações importantes.

A primeira delas diz respeito ao que pode ser deduzido da obra de Santos, a partir de Plastino (2004), como a crítica ao monopólio atribuído pelo paradigma moderno à consciência e à linguagem nos processos de apreensão e produção de sentido. Tal perspectiva estaria sustentada pela separação entre sujeito e objeto que, segundo Plastino, seria indissociável da transformação do corpo em uma máquina determinada e da redução do psiquismo à consciência. Nessa perspectiva, superar os dualismos ser humano/natureza e, consequentemente, corpo/psiquismo, sujeito/objeto, e ainda a concepção do corpo como máquina e do psiquismo reduzido à consciência muda radicalmente as questões centrais do sentido e do significado. Segundo Plastino, no dualismo o significado é considerado como uma produção exclusiva da consciência e da linguagem, e o sentido é confundido com ele. Para o autor, a crítica ao dualismo permite vincular o sentido às experiências não mediadas pela consciência, diferenciando-o do significado. Este último designa o sentido que emerge pela ação da consciência e da linguagem, ao passo que o "conceito de 'sentido' [tem] uma abrangência que inclui tanto o significado quanto o resultado das experiências de apreensão no embate dos corpos e dos afetos" (Plastino, 2004: 433).

Como observa Plastino, a experiência psicanalítica sustentou a construção de teorias que permitem pensar essas formas de apreensão e produção de sentido, bem como sua participação na constituição das subjetividades: "Os sentidos a que se alude são o de ser, o de não ter realidade, o de possuí-la, o de tê-la conquistado ou perdido, o de ser amado ou rejeitado" (Plastino, 2004: 434). Tais sentidos, como observa o autor, emergem no bojo de experiências arcaicas nas quais não é possível postular nenhuma intervenção da consciência.

E é aqui, no reconhecimento dessas "formas de saber radicalmente compreensivas" (Plastino, 2004: 434), que reside, acredito, uma das diferenças fundamentais entre, por um lado, a abordagem clínica psicossociológica – especialmente por sua vinculação à psicanálise, que a antecede e a apoia

centralmente – e, por outro, as demais ciências compreensivas entre as quais se insere. Tal diferença refere-se, principalmente, ao reconhecimento da importância da participação do inconsciente – e, como observa Plastino (2004), de sua específica modalidade de percepção, a intuição – nos processos de conhecimento, destacando-se, portanto, a meu ver, a importância não apenas da intersubjetividade na produção de conhecimento – o que é reconhecido por muitas disciplinas –, mas sobretudo dos processos e dos fenômenos que lhe são inerentes ou correlatos, como a analogia, as fantasias, o imaginário e a afetividade.

André Lévy (2001: 42), ao apresentar a abordagem clínica, destaca a importância de tais processos:

> longe de considerar o imaginário, a intuição, o trabalho inconsciente, a atividade de pensamento e de elaboração de sentido como obstáculos a uma apreensão objetiva da realidade, ela se apoia, ao contrário, nessas dimensões, para melhor compreendê-la ao mesmo tempo em sua globalidade e em sua singularidade.

Como lembra o autor, se o cerne da obra freudiana reside na afirmação da existência do inconsciente, a originalidade da psicanálise não consiste propriamente em tal afirmação – uma vez que a existência de aspectos inconscientes do psiquismo já era sustentada antes de Freud pelo pensamento filosófico e também na ficção –, mas na singularidade do "processo de conhecimento" através do qual o inconsciente e seu modo específico de ser foram descobertos.

> Esse modo específico de conhecimento, indissociável da forma específica de ser de seu 'objeto' – o inconsciente – foi designado por Freud através do conceito de 'processo primário'. A psicanálise se constitui então não apenas como um saber sobre um 'objeto' novo, mas também como uma nova forma de saber, colocando assim questões ontológicas e epistemológicas centrais. (Plastino, 2004: 436-437)

O inconsciente, podemos destacar então, coloca-se, com o advento da psicanálise, não só como um 'objeto' de conhecimento, mas como uma forma, um modo de conhecimento, de saber. Plastino observa que as consequências da descoberta freudiana colidem com as concepções do real-material inteiramente submetido a uma organização racional e do psiquismo humano – e dos processos de apreensão do real – limitados à consciência racional. Nessa perspectiva, o campo de experiências sobre as quais se sustenta a psicanálise – e

que precisa ser diferenciado dos instrumentos e recursos teóricos que utiliza – não se relaciona com os experimentos que sustentam a construção teórica das chamadas ciências duras. Situa-se na prática clínica, constituindo, portanto, uma relação intersubjetiva, caracterizada fundamentalmente pela preeminência de fatores afetivos, sob a forma de afetos transferenciais, contratransferenciais e resistenciais: "É pois no contexto de relações intersubjetivas marcadas pela afetividade que a experiência psicanalítica permite 'compreender' o psiquismo inconsciente" (Plastino, 2004: 437).

Se destaco a discussão epistemológica realizada por Plastino (2004: 437) em torno da psicanálise, caracterizando-a como um saber "intersubjetivo e compreensivo", é porque entendo que ela se reveste de grande importância para situarmos a especificidade da psicossociologia com relação às demais 'ciências compreensivas' entre as quais se insere. Ainda que seja fundamental reconhecer as diferenças entre a prática clínica desenvolvida no enquadre de uma experiência psicanalítica e a abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção junto a grupos, organizações ou comunidades – cujas características serão apresentadas adiante, mas que de modo algum podem ser reduzidas a uma 'psicanálise aplicada' mecanicamente a problemas sociais –, o central, tanto numa abordagem como na outra, é o reconhecimento da participação do inconsciente no processo de produção de conhecimento.

Tal pressuposto não é compartilhado, todavia, por outras disciplinas também consideradas compreensivas, e, de fato, creio que não seja muito palatável, mesmo no âmbito das abordagens teórico-metodológicas que afirmam reconhecer o papel da intersubjetividade no processo de conhecimento. Como observava Plastino em trabalho anterior,

> A postulação freudiana de formas de apreensão direta [do real] não mediadas pela consciência pode resultar inaceitável para os espíritos mais conservadores. Ela, entretanto, não é mais escandalosa que a afirmação da relatividade do tempo. Ambas exigem ultrapassar os horizontes paradigmáticos da modernidade de maneira a poder acolher a complexidade das formas de ser e de conhecer. (Plastino, 2001: 75-76)

Como observa Plastino, o papel da intuição – entendida como a percepção operada pelo inconsciente – no trabalho teórico e clínico de Freud já vinha sendo enfatizado desde o início. A concepção de *A Interpretação dos Sonhos* é atribuída pelo próprio Freud a um *insight*. A especulação também tem um

papel importante no desenvolvimento de sua metapsicologia, admitida explicitamente por Freud no desenvolvimento de sua segunda teoria pulsional, atribuída a "uma intuição, uma visão" (Freud *apud* Plastino, 2004: 445-446).

Segundo Plastino (2004), a ênfase dada por Freud ao papel da especulação no seu processo de elaboração teórica não significa o abandono da observação empírica ou a diminuição de sua importância em benefício de um exercício dedutivo, sustentado em premissas filosóficas sobre o ser e o conhecer.

> O conceito de especulação alude a uma experiência diferente, caracterizada pelo papel central da intuição, entendida como a percepção operada pelo inconsciente. Esta percepção não ocorre no vazio, mas emerge no bojo da experiência, razão pela qual a especulação é inseparável da observação. O papel central atribuído por Freud à especulação – à bruxa metapsicológica, como a denominará – na elaboração de suas últimas teorizações, coloca uma questão que é indissociável das modalidades de conhecimento intersubjetivo e compreensivo. (Plastino, 2004: 444)

Plastino insiste na importância da experiência no processo de intuição. O papel atribuído à intuição não foi um 'pressuposto', mas o resultado das experiências freudianas, como foi também o caso do próprio inconsciente, cuja existência o criador da psicanálise relutou em aceitar. Assim, a instância da experiência sempre foi fundamental no trabalho de Freud, como observa Plastino (2004), levando-o muitas vezes a modificar tanto concepções arraigadas, oriundas da educação que recebera, quanto concepções de sua própria autoria.

Ao apresentar o posicionamento clínico, tanto na pesquisa quanto na intervenção psicossociológica, André Lévy nos traz exatamente a mesma perspectiva, quando observa que o pesquisador ou o terapeuta "deve ser capaz de admitir o mais inverossímil, o mais inesperado, o mais incompreensível, resistir pois a qualquer tentativa de reduzi-lo ao já conhecido, ou ao já visto, ou rejeitá-lo como sem interesse" (Lévy, 2001: 21). Como condição para essa postura, Lévy alude igualmente à participação da subjetividade, e especificamente do inconsciente – as "zonas de sombra", do clínico (pesquisador ou terapeuta) no processo de conhecimento: "Para isso, ele deve saber que é ele mesmo, enquanto sujeito, com sua complexidade e suas zonas de sombra e de questionamentos próprios, o agente deste trabalho" (Lévy, 2001: 21).

Eugène Enriquez (1997), ao apresentar a contribuição da teoria freudiana para o estudo das organizações, também chama a atenção para o fato de

Freud ter feito da analogia um mecanismo fundamental para suas descobertas, e enfatiza a importância desta como base para a atividade de criação, seja nas artes, seja nas ciências. O autor recupera um trabalho de Willian J. J. Gordon, da década de 1960, que demonstra que os mecanismos operacionais na atividade criadora se fundamentam na analogia, que pode assumir a forma de projeções, de comparações entre fatos ou elementos diversos (a analogia direta), de construção de imagens mentais (a analogia simbólica) e ainda do sonho (a analogia fantasmática).[3] A analogia nos situa assim, observa Enriquez, no campo da metáfora:

> Coloca-se então em ação uma atividade de tipo lúdico e poético, que visa a liberar a linguagem [ou, poderíamos dizer, com Birman (...), liberar a linguagem de sua dimensão instrumental, favorecendo a *poiesis*] não só elaborando novas metáforas, mas ainda dando vida de novo às metáforas usadas. (Enriquez, 1997: 12-13)

Para ilustrar a importância do jogo e da divagação na descoberta científica, Enriquez reproduz do trabalho de Gordon o exemplo fornecido pelo físico Kekulé, que relata o nascimento da teoria da estrutura atômica através de um sonho que teve, numa noite em que viajava de ônibus. Nesse sonho, Kekulé viu os átomos flutuarem, com os menores acoplados ou presos aos maiores, todos turbilhonando num extraordinário balé, os mais espessos em fila, um deles separando os átomos menores, na extremidade da cadeia. "Despertei do meu devaneio ao ouvir o motorista gritar 'Chapham Road', mas passei boa parte da noite fazendo esboços das imagens vistas no meu sonho. Assim é que foi concebida a teoria da estrutura atômica" (*apud* Enriquez, 1997: 13).

Como observa Enriquez (1997:13), tal episódio nos assegura que

> a imaginação não se acha em contradição com o rigor científico, mas pelo contrário, ao favorecer uma disponibilidade à surpresa e ao que é incongruente, fornece ao trabalho racionável novas hipóteses a serem testadas, novas imagens a explorar, novas estruturas a estabelecer.

Buscando igualmente ilustrar essas outras modalidades de apreensão do real e produção de sentido que não são mediadas pela consciência, Plastino lança mão de um feliz exemplo, fornecido por Laborde-Notále, ao transcrever as palavras de Albert Einstein, quando se refere ao seu próprio processo de 'pensamento'.

[3] GORDON, W. J. J. *Synectiques*. Paris: Hommes et Techniques, 1965.

> As palavras e a linguagem, na sua expressão oral ou escrita, não parecem desempenhar papel algum no meu mecanismo de pensamento. As entidades psíquicas que servem como elementos de pensamento são certos signos e imagens, mais ou menos claros, que se podem reproduzir e combinar 'voluntariamente'. (...) Apenas numa segunda etapa as palavras ou outros signos convencionais devem ser desenterrados com dificuldade, quando o jogo de associações tem-se estabelecido suficientemente e se pode reproduzir à vontade. (Laborde-Nótale *apud* Plastino, 1992: 158, 159)

A força das narrativas anteriores reside, me parece, na sua capacidade de ilustrar, pela importância para a ciência dos sujeitos que as protagonizam, formas de apreensão inconsciente do real que não são, como observa Plastino (2004), mediadas pela consciência; que operam de maneira permanente no psiquismo humano e têm a capacidade de operar ou produzir efeitos, isto é, ter eficiência, sobre o real. Como adverte o autor, o reconhecimento da participação da subjetividade nos processos de apreensão direta do real não invalida a pertinência dos conhecimentos assim produzidos. Relembrando Winnicott, o autor observa: "Como todos os outros, eles se legitimam pela sua capacidade de construir 'hipóteses que realmente funcionam' (Winnicott, 1982), isto é, pela sua eficiência para lidar com seus objetos específicos" (Plastino, 2004: 453).

Origem e Desenvolvimento da Psicossociologia: diferentes perspectivas[4]

A psicossociologia é uma vertente da psicologia social que tem como campo de estudos os grupos, as organizações, as comunidades, considerados, como observa Marília Novais da Mata Machado (1994), conjuntos concretos que medeiam a vida pessoal dos indivíduos e são por eles gerados, geridos e transformados. Segundo a autora, a ênfase na concretude foi o divisor de águas que estabeleceu a especificidade da psicossociologia com relação à psicologia social, cujas pesquisas, frequentemente mediante uma abordagem experimental, dedicaram-se ao estudo de sujeitos abstratos, dissociados de seu papel social real. A psicossociologia desde o início se interessou pela abordagem dos sujeitos em situações cotidianas, concretas, em seus grupos,

[4] Parte do texto contido neste tópico se encontra em Sá, 2005.

organizações e comunidades, empregando inicialmente a metodologia de pesquisa-ação.

Uma ressalva desde já deve ser feita. A referência de Machado (1994) à concretude dos objetos da psicossociologia, para diferenciá-los dos objetos da psicologia experimental, não deve ser confundida com uma reificação dos mesmos. A este respeito, é importante recuperar a observação de Lévy (2001), quando se refere aos objetos que constituíram os eixos da psicossociologia clínica – o grupo, a organização, a instituição e a comunidade –, reivindicando seu caráter complexo e afirmando a impossibilidade de tratá-los como 'coisas'.

Lévy recorre à noção de "fato social total", de Marcel Mauss, para propor uma definição dos objetos ou processos da psicossociologia clínica como "fatos psicossociais" (Lévy, 2001: 31), que apresentam as seguintes características: são trabalhados por forças inconscientes que agem sobre os indivíduos e suas relações e não se reduzem a acontecimentos objetiváveis, mas incluem o sentido que adquirem para os grupos e indivíduos. Tal sentido se define pela articulação entre os diferentes níveis da experiência e da realidade, individual ou grupal, segundo os quais se elabora.

Se a complexidade é a característica central dos objetos sobre os quais se debruça atualmente a psicossociologia clínica – o que leva Lévy (2001: 31) a defini-la como uma das "abordagens da complexidade", tal leitura não estava presente desde suas origens. Como observa Machado (1994), a partir da década de 1950 os psicossociólogos desenvolveram a intervenção psicossociológica, abandonando definitivamente algumas práticas de pesquisa-ação que tomavam como objeto grupos artificiais e também alguns métodos em que as decisões eram tomadas unilateralmente pelo pesquisador. A questão da mudança, nos grupos e nas organizações, e a problemática dos processos conscientes e inconscientes que aí atuavam passam a ser centrais, nos anos 50, 60 e 70, e o psicossociólogo passa a ter o papel de um pesquisador-interventor, respondendo a uma demanda e adotando uma posição de analista.

No início da década de 1990, Machado (1994) identificava uma renovação na psicossociologia, que passou a retirar sua originalidade, sobretudo, de uma construção teórica voltada para a natureza do vínculo que liga os indivíduos entre si, aos grupos e às organizações, problematizando a dinâmica social contemporânea e os processos de criação institucional. Nessa abordagem, a teoria psicanalítica, resgatando a obra social de Freud, é central.

Em outro trabalho, ao analisar a prática psicossociológica, seu desenvolvimento e transformações, Machado (2001) identifica, de modo quase caricato, como ela mesma o reconhece, três 'cenários' da prática psicossociológica, conformados ao longo de seu desenvolvimento, sem implicar, necessariamente, uma linearidade temporal entre as diversas propostas que integram tais cenários.

O primeiro, que a autora denomina "cenário experimental", tem seus fundamentos nos trabalhos de Elton Mayo, publicados pela primeira vez em 1933, no contexto da organização científica do trabalho, que demonstraram o poder das estruturas informais das organizações, que afetavam a produtividade. Com Mayo, inaugurava-se a nova teoria clássica das organizações, a teoria das relações humanas.

No entanto, no que diz respeito mais especificamente à prática da psicologia social, foi com Kurt Lewin que a prática experimental ganhou centralidade, destacando-se seu famoso experimento de mudança de hábitos alimentares, no qual foi demonstrada a superioridade da tomada de decisão em grupo sobre a mudança induzida por meio de exposições e informações. Seguiram-se então, nos Estados Unidos e na Europa, numerosas propostas de experimentos/intervenção em grupos, como o T Grupo; grupo de base; grupo base; grupo de diagnóstico; grupo de formação, incluindo, na América Latina, a proposta de grupo operativo.

O segundo cenário identificado por Machado, e por ela denominado "cenário institucional", teve origem fora da psicologia, no campo do movimento antipsiquiátrico – anti-institucional por excelência –, embora psicólogos como Moreno e Rogers já o tivessem anunciado (Moreno, com a constatação das diferenças entre o organograma e o sociograma, e a introdução do psicodrama; Rogers, pela formulação teórica da pedagogia não diretiva). Ao levar em conta as determinações sociais, este segundo cenário da prática, que, ao contrário do primeiro, reconheceu a existência do conflito (entre grupos, entre indivíduo e organização), deixou de interessar às organizações industriais. Os novos clientes da prática passaram a ser os sindicatos, as escolas, os hospitais.

> A análise das estruturas informais tornou-se parte importante da prática, ao mesmo tempo que se lançou mão dos vínculos informais existentes nos grupos e organizações, fermento de futuras mudanças. A crítica aos aspectos de rigidez e repetição da burocracia, aliada ao desejo de descobrir a criatividade e a espontaneidade, veio acompanhar as análises

> da hierarquia de poder, da posição contraditória dos atores sociais, das dominações, explorações e exclusões. (Machado, 2001: 192)

Segundo Machado, a pesquisa-ação continuou como uma metodologia de trabalho importante, mas totalmente modificada, oposta, com relação à do primeiro cenário. Os problemas reais dos grupos e das organizações passaram a se sobrepor às questões do método, o que levou ao abandono de grupos formados artificialmente. A prática passou a ser desenvolvida em situações concretas, com equipes reais de trabalho, em organizações que tinham demandas específicas. A questão da mudança social era o horizonte dessa prática, assim como sua medida de sucesso.

Embora ressaltando que a noção de intervenção psicossociológica nele criada abranja muitos métodos, Machado (2001) elege a análise institucional – modelo de inspiração freudo-marxista que propôs uma prática visando à mudança social radical – como paradigma deste segundo cenário.

> A teoria de fundo foi proposta, principalmente, por Lourau, Lapassade e Guattari, que formularam uma definição dialética hegeliana de instituição (...). Assim, toda instituição é simultaneamente instituída (universal), instituinte (particular) e institucionalizada (singular). (...) A prática associada a este quadro teórico partia do pressuposto de que indivíduos e organizações estavam imersos no não saber institucional, semelhante ao desconhecimento dos desejos inconscientes revelados na psicanálise dos sonhos. Analogamente, a socioanálise revelaria os meandros da instituição, com suas determinações ocultas e a inserção de indivíduos e grupos nela. Para tanto, eram apontadas as particularidades que atravessavam a instituição – a posição dos diversos membros, as diferenças salariais, os privilégios de raça, sexo e idade, entre outros, considerados analisadores que provocariam o aparecimento de processos instituintes. (Machado, 2001: 193-194)

Todavia, Machado (2001) faz uma crítica bastante aguda (carregando inclusive nas tintas) desse cenário institucional, representado particularmente pela abordagem da análise institucional ou socioanálise.

> O resultado sempre foi retumbante. (...) fatos e coisas podiam ser transformados pelo coletivo em analisadores passíveis de revelarem as diversas determinações sociais. (...) A análise institucional foi um sonho revolucionário. As mudanças radicais que chegava a realizar em grupos e organizações eram grandes e rápidas, mas efêmeras, facilmente recuperadas pelos grupos dominantes. (Machado, 2001: 195)

Como observa a autora, foram os psicossociólogos clínicos do terceiro cenário que apontaram os limites da análise institucional. Nessa abordagem, cujas origens já podem ser vislumbradas nos trabalhos de Eliot Jacques, no início da década de 1950, a análise e a interpretação passaram a ocupar posição central, deixando-se de lado a perspectiva da formação. A própria mudança, segundo Machado, deixou de ser o objetivo *sine qua non* da prática psicossociológica, ou, o que me parece mais provável, talvez tenha passado a ser vista mais modestamente, com mais humildade: admitiu-se o descontrole ou reduzido controle sobre os processos organizacionais e a incerteza dos resultados da intervenção psicossociológica, e deslocou-se também o foco da mudança dos grandes e 'estruturais' processos sociais/organizacionais, para os microprocessos, para o cotidiano dos indivíduos e grupos nas organizações.

Dessa forma, o consultor abandonou a "posição pedagógica",

> deixou de ser um condutor de processos sociais a dirigir grupos e largou toda a pretensão de ensinar caminhos revolucionários, como o da autogestão. Sua postura, diferentemente, passou a ser a de ajudar a grupos, organizações e comunidades que demandavam seu auxílio. (Machado, 2001: 198)

Assim, passar a abordar os processos organizacionais na perspectiva clínica significou trazer o sofrimento e a questão da produção de sentido para o centro da análise. Do mesmo modo, como lembra Machado (2001), assim como na clínica individual, esse trabalho não é apresentado como curativo ou paliativo para todas as dificuldades, apresentando-se antecipadamente seus limites aos que o demandam e advertindo-se para as possibilidades de fracasso.

A perspectiva clínica para a prática psicossociológica não significou, obviamente, um rompimento absoluto com a perspectiva institucional. Como lembra Machado, a prática psicossociológica se transformou em análise clínica do discurso, mas a análise das determinações sociais, por exemplo, continua a ser feita, introduzindo-se a ênfase na história, relatada e real, dos grupos, organizações e coletividades, com base na hipótese de que "o presente só é entendido e só tem uma significação com relação ao passado e que, ao compreenderem o passado, os indivíduos e grupos podem deixar de ser determinados por ele, evoluírem e, de maneira autônoma, construírem suas histórias pessoais e coletivas' (Machado, 2001: 198).

A autora reconhece que essas três abordagens da prática psicossociológica partem de concepções diferentes com relação à natureza humana e à sociedade. No primeiro cenário, o "experimental", prevaleceria, segundo ela, uma concepção harmoniosa da sociedade, em que os conflitos seriam disfunções evitáveis, e o homem, 'naturalmente bom', seria capaz, se motivado e recompensado adequadamente, de fornecer respostas sociais mais adequadas.

No segundo cenário, o "institucional", a sociedade – como sociedade de classes – seria vista como permanentemente em conflito, mas aqui também prevaleceria uma visão do homem como bom 'por natureza', capaz de abrir mão de seus interesses em favor da coletividade caso se liberte da alienação e conheça suas determinações.

No terceiro cenário, o "clínico", haveria o reconhecimento do antagonismo indivíduo-sociedade, as restrições impostas pela coletividade aos seres humanos, a oposição entre o desenvolvimento individual e o cultural. Nele, a leitura freudiana da civilização é central, destacando a agressividade e a violência constitutivas do homem, sempre pronto para reivindicar sua liberdade contra as normas do grupo. "Pulsões de morte, fantasias de devoração, sedes de poder e medos de liberdade interferem no caminho da mudança e da evolução sociais" (Machado, 2001: 200).

Machado (2001: 200) resume assim o que seriam, em sua visão, os objetivos da prática psicossociológica em cada um desses cenários ou abordagens:

> Assim, no primeiro cenário, a prática propõe-se adaptar e ajustar indivíduos e grupos à sociedade harmoniosa. No segundo, ela pretende desalienálos, a fim de que construam a sociedade ideal, sem classes, igualitária. No terceiro, quer ajudá-los a aliviar sofrimentos e infelicidades, gerados pelas excessivas restrições sociais, reimplicando a sociedade, cuja evolução será a dos seus indivíduos, grupos e organizações.

Se os cenários pintados pela autora podem parecer, por vezes, um pouco carregados nas tintas e privados de comunicação entre si, o painel, todavia, parece útil para demarcar, em um conjunto bem variado de práticas de intervenção e de referenciais teórico-metodológicos que podem ser agrupados sob a denominação de 'psicossociológicos', o lugar a partir do qual julgo pertinente propor uma abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção em saúde coletiva.

A Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção

Para apresentar as características da abordagem clínica psicossociológica tanto na pesquisa quanto na intervenção em organizações, optei por organizar o presente tópico com base em alguns elementos que não seguem necessariamente os caminhos metodológicos tradicionais, mas me parecem mais reveladores da especificidade desta abordagem e de seu potencial de contribuição para a pesquisa e a intervenção nos serviços de saúde. Assim, por exemplo, considerando as questões que atravessam a área de saúde, julgo como uma das características do 'como fazer' desta abordagem a ampliação da noção de clínica. Do mesmo modo, em um esforço de interlocução com a clínica psicanalítica, identifico o cuidado como elemento constitutivo da abordagem de pesquisa e intervenção psicossociológicas e procuro apresentar o processo de análise e construção de sentido a partir do material derivado das pesquisas, destacando a especificidade do que denominamos análise clínica do discurso.

A ampliação da noção de clínica

Considerando a ampliação, o enriquecimento e mesmo a transformação, nos últimos decênios, da noção de clínica – em sua origem associada à medicina e aos cuidados proporcionados a um paciente acamado, André Lévy observa que "há várias maneiras de se *inclinar* sobre o *leito* de uma pessoa que sofre" (Lévy, 2001: 11, grifos do autor). A 'ajuda' pode ser concebida de maneira muito diferente, conforme se trate de um trabalho social, de profissões paramédicas, de padres, de psicossociólogos, de psicanalistas. Assim, a ideia de clínica admite distintas perspectivas teórico-metodológicas e, principalmente, diferenças quanto ao que as fundamenta nos planos ético, filosófico ou religioso, e que remetem, conforme lembra o autor, a diferenças nas representações do homem, de suas relações consigo próprio, com o mundo e com os outros.

Lévy (2001) destaca a revolução promovida pela psicanálise na concepção de clínica clássica, originada da medicina, que renovou inteiramente tanto a aproximação do paciente quanto a prática científica, colocando o sujeito em posição de palavra e a análise das relações transferenciais/contratransferenciais no centro do processo, relativizando a ideia de cura e tendo como meta do trabalho analítico a procura, pelo sujeito, do sentido de sua própria história;

desse modo, a clínica freudiana se impôs como um modelo oposto ao das ciências do comportamento.

Tal revolução não se deu apenas na clínica, mas, como lembra o autor e aqui já o demonstramos, no que concerne também à prática teórica e à natureza particular dos conceitos psicanalíticos: mais analógicos e descritivos do que explicativos ou demonstrativos. E aqui é importante destacar com Lévy que,

> Apesar de terem uma meta universal e serem, pois, transmissíveis, *os conhecimentos assim adquiridos são indissociáveis da experiência relacional da qual saíram*. Não se prestam, pois a uma utilização operatória, especialmente para fins de instrumentalização das pessoas. (Lévy, 2001: 12, grifo meu)

Lévy observa ainda que a principal transformação do significado da clínica ocorreu a partir do momento em que outras disciplinas nas ciências humanas (como a sociologia e a antropologia) nela também se fundamentaram, com preocupações e contextos diferentes. A este respeito, observa Sévigny: "E mesmo se certas teorias se mostram, às vezes, mais úteis que outras para a análise clínica, *a noção de clínica não decorre de uma teoria particular, mas antes de um método, uma via de conhecimento e de ação, uma abordagem particular*" (2001: 17, grifo meu).

Os diferentes níveis de compreensão e intervenção nos fenômenos organizacionais

A perspectiva clínica psicossociológica coloca como desafio central o problema das mediações e inter-relações entre processos e fenômenos de naturezas diversas e pertencentes a diferentes registros ou ordens da realidade. O risco aqui presente é o do reducionismo.

Ao destacar como um dos desafios da abordagem clínica nas ciências humanas a compreensão da relação entre indivíduo e sociedade, Sévigny (2001) observa que não se trata de duas realidades, mas de dois pontos de vista sobre a mesma realidade. O clínico privilegiará o ponto de vista dos atores individuais, mas buscará circunscrever o contexto social ou coletivo das representações individuais. "Além do mais, a abordagem clínica se situa no quadro de uma teoria das relações entre diferentes níveis de ação social: o pessoal, o organizacional e o macrossocial" (Sévigny, 2001: 23).

A esse respeito, mais especificamente com relação à velha problemática dos determinismos sociais e psíquicos, Gaulejac destaca a multideterminação do indivíduo,

> produto de uma história complexa que diz respeito, ao mesmo tempo, à sua existência singular, portanto, ao seu desenvolvimento psíquico inscrito numa dinâmica familiar, e à sua existência social, vista como a encarnação das relações sociais de uma época, de uma cultura, de uma classe social. Todas essas determinações não são equivalentes, embora sejam dificilmente dissociáveis. (Gaulejac, 2001: 39)

Gaulejac chama a atenção para a necessidade de distinguirmos entre os determinismos socioeconômicos dos problemas e suas consequências psicológicas. O risco que se corre quando se quer responder, no plano psicológico, a problemas de gênese social seria, segundo ele, o de aprisionarmos os indivíduos na impotência e na culpabilidade. Inversamente, "ao esquecermos os efeitos psíquicos das situações sociais e econômicas, deixamos de compreender por que e como os indivíduos se mobilizam ou desmobilizam para produzir a sociedade" (Gaulejac, 2001: 39).

Ao enfatizar a importância do reconhecimento dos processos inconscientes nas várias dimensões da vida social/organizacional e alertar, ao mesmo tempo, para o risco do reducionismo na leitura dos fenômenos sociais, Enriquez observa:

> Se todas as condutas humanas têm rebaixamentos inconscientes, significa porventura que somente a psicanálise possui o poder de revelar as raízes derradeiras e fundamentais desses comportamentos? Tudo não passaria de fantasmatização, expressão do desejo, incitamento da pulsão? Não, porquanto Freud mantém, apesar das ligações existentes, uma distância entre realidade psíquica e realidade histórica. Essas duas realidades, que estão naturalmente em interações (...) procedem de universos diferentes, conhecem sua própria lógica, suas próprias leis de funcionamento e não podem *se reduzir uma à outra*. (1997: 28, grifo do autor)

A abordagem clínica psicossociológica pressupõe assim uma leitura dos processos humanos nos grupos, organizações e na sociedade em geral que reconhece uma super ou sobredeterminação dos comportamentos. Estes implicariam então no mínimo ou "pelo menos", como observa Enriquez, duas significações: "a que a realidade histórica lhe dá e a que a realidade psíquica lhe fornece". Nessa perspectiva, o objetivo não é, como observa o autor, "encontrar o sentido oculto das instituições e das condutas, mas sim achar um outro sentido (nem mais nem menos válido que o primeiro), assim como a outra cena na qual elas existem e o *outro registro* em relação ao qual elas se exprimem" (Enriquez, 1997: 28, grifo do autor).

Assim, trabalhar numa perspectiva clínica de investigação e intervenção nas organizações pressupõe "reconhecer, em toda a sua complexidade, as diversas dimensões do fenômeno organizacional" (Lévy, 2001: 13). A abordagem clínica das organizações compreende que elas se desenvolvem, como observa Lévy, em todos os planos, interconectados, da vida dos indivíduos e dos grupos.

Uma organização, nesta abordagem, tanto diz respeito, conforme Lévy, aos atos concretos, ao trabalho, à elaboração, execução e coordenação de técnicas e meios que transformam as relações do homem com a natureza, na enunciação de regras e leis arbitrárias, abstratas – a organização é um "ato de linguagem" (Lévy, 2001: 14) – de normas de conduta, ritos, como também se traduz "nas interações que homens e mulheres fazem entre si, com seu corpo e seus sentidos, na alegria ou no sofrimento, sempre na angústia, e nos desejos que sentem nesta experiência compartilhada" (Lévy, 2001: 13-14).

Enriquez (1997), que propõe sete níveis ou instâncias de análise das organizações – as instâncias mítica, social-histórica, institucional, organizacional (ou estrutural), grupal, individual e pulsional (esta última atravessando todas as demais) –, recorre ao clássico trabalho de Eliott Jacques[5] para exemplificar a interação entre os diferentes registros da vida organizacional e os diversos sentidos possíveis em um mesmo processo:

> se toda estrutura de organização pode ser considerada, segundo Eliott Jacques, como uma modalidade de defesa contra a ansiedade, ela é, ao mesmo tempo, a forma pela qual a organização visa uma certa eficácia no trabalho (adaptação ao real) e favorece ou coloca no lugar um certo modelo de controle social. Levar em consideração apenas um desses sentidos seria desfigurar os fenômenos estudados. (Enriquez, 1997: 28, 29)

O esforço empreendido pela abordagem clínica no sentido do enfrentamento da problemática das mediações e inter-relações entre os diferentes níveis ou registros da realidade social/organizacional fica muito bem expresso na seguinte fórmula de André Lévy (2001: 14): "Num plano mais geral, o ponto de vista clínico permite apreender o conjunto desses processos como o lugar onde se efetua a conjunção entre a história de grupos e coletividades e a dos indivíduos que os constituem".

---

[5] JACQUES, E. Des systèmes sociaux comme défenses contre l'anxiété. *In*: LÉVY, A. (Dir.). *Textes Fondamentaux en Psychologie Sociale*. Paris: Dunod, 1965.

O posicionamento clínico[6]

O trabalho de André Lévy (2001) é referência para a compreensão do processo ou da *démarche* de pesquisa e intervenção clínicas. Segundo o autor, muito mais do que um conjunto de métodos e técnicas, a *démarche* clínica se define como um posicionamento global com relação ao outro, ao saber e à sua elaboração. Colocam-se, assim, como dois aspectos complementares o ato ou intervenção clínica, de um lado – uma forma particular de ajuda a um pedido de alívio de um sofrimento ou enfrentamento de um problema – e, de outro, uma prática de pesquisa diretamente implicada nos processos de mudança.

Mesmo que se possa considerar, como observa Lévy, que uma *démarche* clínica de pesquisa nem sempre terá, necessariamente, elo com uma demanda (de intervenção), "essas duas dimensões da clínica se implicam mutuamente e estão sempre ligadas, de uma ou de outra forma" (Lévy, 2001: 20). Quer se trate de pesquisa ou de intervenção, a problemática do sofrimento, da crise e da busca por (ou produção do) sentido estará no centro da abordagem clínica, guiando a análise e a intervenção nos processos organizacionais ou grupais.

> a abordagem clínica é, principalmente, a abordagem de um sujeito ou de um conjunto de sujeitos reunidos em um grupo ou uma organização, às voltas com um sofrimento, com uma crise que os toca por inteiro (...) sujeitos vivos, desejantes e pensantes (...) sempre em movimento, à procura de uma identidade problemática, não se deixando reduzir a um caso particular de uma categoria geral preestabelecida. (Lévy, 2001: 20)

A abordagem clínica recusa-se, segundo Lévy, a ceder à facilidade de separar o sujeito em partes. Propõe-se a compreendê-lo como uma totalidade significante, o que, paradoxalmente, só se realiza em uma experiência singular, em dado momento histórico, no qual o sujeito é percebido em sua singularidade. Trata-se de um processo de "compreensão daquilo que faz a singularidade radical de uma situação, de um problema ou de um mal-estar vivido por determinado grupo ou pessoa" (Lévy, 2001: 23).

A fim de possibilitar ao sujeito essa experiência integrada, para 'fazer sentido', a *démarche* clínica supõe um processo em que o terapeuta, pesquisador ou interventor se desloque, como observa Lévy, não apenas fisicamente no 'espaço' do outro, mas mentalmente, "caminhando às cegas, neste 'espaço',

[6] Expressão tomada de empréstimo do título do primeiro capítulo do livro *Ciências Clínicas e Organizações Sociais*, de André Lévy (2001).

que ele conhece pouco ou nada, esforçando-se para escutar aqueles que tenta compreender " (Lévy, 2001: 20). Nesse processo, no entanto, a simpatia, a boa vontade e a disponibilidade não são condições suficientes. Como lembra Lévy, para compreender a dinâmica complexa das relações entre os diferentes níveis da realidade viva com a qual é confrontado, o pesquisador/terapeuta é levado a elaborar noções teóricas e tomá-las como referência. Em contrapartida, é preciso que ele mesmo, como sujeito, "com suas zonas de sombra e questionamentos" (Lévy, 2001: 21), facilite e tome parte da construção de sentido que os sujeitos dão à sua própria história, o que, como já observamos, implica reconhecer a participação do inconsciente do pesquisador/terapeuta nesse trabalho.

Entramos aqui na problemática da implicação e dos processos transferenciais/contratransferenciais, centrais na abordagem clínica e, ao mesmo tempo, desafio e condição para a produção de conhecimento e para os processos de produção de sentido.

Ao discutir o que seriam os pilares de uma metodologia clínico-qualitativa de pesquisa em saúde, Eriberto Turato (2003) alude a essa problemática quando propõe, por parte do pesquisador, uma "atitude existencialista", uma "atitude clínica" e uma "atitude psicanalítica". Na primeira, destaca a valorização de elementos de "angústia e ansiedade" presentes no pesquisador e no sujeito a ser estudado guiando a pesquisa – desde o recorte de problemas, a inserção no campo, a relação com as pessoas até a interpretação dos resultados. Na segunda, o desejo do pesquisador de proporcionar ajuda se coloca como condição ou como aquilo que move o acolhimento do sofrimento dos sujeitos, inclinando-lhes a escuta e o olhar. Na terceira, o uso de concepções vindas da dinâmica do inconsciente, tanto na construção teórica e aplicação dos instrumentos quanto na discussão dos resultados, permite examinar a escolha do tema/problema à luz de antigas experiências/vivências do pesquisador; possibilita a atenção aos sentimentos transferenciais/contratransferenciais durante a pesquisa, e igualmente o uso da imaginação do pesquisador na interpretação e discussão dos resultados.

A complexidade, os desafios e os riscos presentes nessa perspectiva – que faz do pesquisador, como refere Turato (2003), o principal instrumento da investigação em campo – não podem, todavia, ser subestimados. Jacqueline Barus-Michel, ao discutir a problemática clínica, aborda a questão da implicação e da transferência com base em processos a que denomina "homotesia",

"dessemelhança" e "dissimetria" na relação entre o clínico e o sujeito (ou os sujeitos, em um grupo/organização) que busca compreender, evidenciando os riscos presentes nessa relação e os recursos possíveis para evitá-los.

> A homotesia se prende ao fato de que, particularmente em ciências humanas, o observador e o observado são da mesma natureza. A relação é especular, o clínico não é estranho àquilo que busca compreender e talvez não esteja senão à procura de si mesmo e de se surpreender através do que supõe diferente. (Barus-Michel, 2004: 69)

Podemos entender os fenômenos que a autora denomina homotesia como característicos dos processos de identificação, centrais em quaisquer relações intersubjetivas e especialmente presentes nas relações clínicas – como as que caracterizam o processo de trabalho em saúde (Sá, 2005, 2009) e igualmente a pesquisa e as intervenções psicossociológicas.[7]

Com o exemplo a seguir pretendo ilustrar a importância de se estar atento para as consequências positivas ou negativas (os riscos) que os processos de identificação podem acarretar na produção do cuidado e igualmente na produção de conhecimento, nas situações de pesquisa ou intervenção. Discutindo as representações e outros processos psíquicos produzidos pelos profissionais da saúde relativos à população atendida em um hospital de emergência, pude demonstrar, junto com Teresa Carreteiro e Maria Inês Assumpção Fernandes, que expressões utilizadas pelos profissionais como "tudo bate na porta do hospital" – em referência a todos os casos e problemas que chegam ao hospital – se por um lado indicam a enormidade e a diversidade da demanda, por outro não permitem identificar sua heterogeneidade, encoberta sob o "tudo", um enorme amálgama de demandas de diversas ordens nas quais os trabalhadores do hospital se implicados, mas incapazes de responder ou suportar (Sá, 2005; Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008).

Também servindo para o encobrimento da heterogeneidade da população e suas demandas, estava a elevada frequência com que os profissionais utilizavam

---

[7] Segundo a formulação freudiana, identificação é "a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa" (Freud, 1976: 133), processo central por meio do qual o sujeito – produto de múltiplas identificações – se constitui e se transforma (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 1986). No que se refere à produção do cuidado em saúde e, igualmente ao processo de pesquisa e intervenção nas organizações, julgo importante investigar a identificação como um processo que "pode surgir com a percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa que não é objeto de instinto sexual" (Freud, 1976: 136), ou como "produto da capacidade ou vontade de colocar-se numa situação idêntica à do outro ou dos outros" (Roudisnesco & Plon, 1998: 364).

a categoria "carência" para defini-la, com expressões como "carente", "muito carente", "carente de tudo", sendo praticamente inexistentes as referências espontâneas a outras características da população. Sem negar a situação de penúria e miséria real da população ali atendida, demonstramos o quanto esse processo estava apoiado em alianças inconscientes entre os profissionais, que assumiriam a forma de um pacto denegativo (Kaës, 1997), cumprindo algumas funções.

Em primeiro lugar, a "carência", apagando as diferenças internas da população, possibilitaria aos trabalhadores 'não ver aquilo que não queriam ver': as semelhanças entre eles e a população, que mais facilmente se evidenciariam caso a heterogeneidade da população fosse nomeada. Neste caso, a categoria carência estaria afirmando as fronteiras que distinguiriam os trabalhadores do hospital da população, 'estranha'/ 'estrangeira', cuja visão causaria aos primeiros desprazer e hostilidade. Em segundo lugar, encobrindo ou apagando aquilo que no outro é traço do humano, a "carência" permitiria aos trabalhadores do hospital marcar uma separação, um afastamento e uma diferença radical com relação a esse outro, cuja proximidade era ameaçadora, não apenas pela miséria – material e simbólica – com a qual não podiam se identificar, como também pela violência presente nessa relação, que submetia a população a um processo de múltiplas reduções: do sofrimento social à doença individual; do humano ao 'não humano', isto é, ao outro reduzido a um corpo sem desejo, só com 'necessidades'– biologicamente definidas – enfim, um corpo sem subjetividade.

A "carência", como representação da população, permitiria não só demarcar rigidamente a fronteira trabalhadores-população, reduzindo esta última ao não humano, e com isso evitar a identificação dos trabalhadores com os pacientes ali atendidos, como também mascarar (negar) – com a própria utilização da categoria carência, que em geral se faz acompanhar de expressões de pena, piedade, comiseração – a violência simbólica (objeto último do pacto denegativo) dessa redução produzida sobre a população ali atendida.

Retomo as observações de Barus-Michel, que convergem para os achados de nossa pesquisa:

> Entretanto, essa homotesia na relação caminha junto com a dessemelhança pretendida inicialmente e que se relaciona com a transferência. O clínico se pretende isento das incoerências daquele sobre o qual se

> debruça, como o médico magicamente o faz para não ser o doente, para garantir-se contra essa possibilidade. Num processo de evitação e mesmo de recalque, ele pretende não se reconhecer no que interessa ou ser atraído justamente pela diferença, pela estranheza – embora se saiba o que vem a ser a 'inquietante estranheza' [expressão de Freud] que remete àquilo que de si mesmo amedronta, aquilo que se recalca. O clínico se busca no outro, evitando reconhecer-se nele. (Barus-Michel, 2004: 70)

Segundo a autora, essa dessemelhança ambígua é reforçada pela assimetria da relação clínica. Recorrendo à etimologia da palavra 'clínica', Barus-Michel lembra a diferença de posição entre aquele que está ao pé do leito – e que olha, escuta, deduz e prescreve – e aquele que jaz no leito, inferiorizado pelo simples fato de estar sendo observado por alguém pronto a assumir o discurso do mestre. O objeto de exame, como a palavra o indica, observa a autora, acha-se privado de seu *status* de sujeito. O doente se torna um caso, um número, e o grupo se torna um terreno, um campo de pesquisa. A autora chama a atenção para os riscos, tanto em uma perspectiva clínica de cuidado quanto na pesquisa, do que poderíamos chamar de manejo, pelo clínico, dos processos identificatórios e contratransferenciais.

Para se prevenir das distorções da homotesia e da dessemelhança ou, poderíamos dizer, da cegueira produzida pelos processos de identificação – ou por sua negação – e da cegueira dos processos contratransferenciais, o clínico não pode se furtar, como observa a autora, ao seu próprio questionamento, em sua prática ou em sua pesquisa. E aqui podem ser destacados dois aspectos centrais e, acredito, imbricados nesse autoquestionamento por parte do clínico ou do pesquisador: a análise de sua implicação e a análise da demanda.

Como observa Lévy (2001), a demanda, sua análise e seu tratamento estão no centro da *démarche* clínica, individual ou social. Lévy chama a atenção para a complexidade e para as ambiguidades do conceito de demanda, tomado de empréstimo da ciência econômica pela psicologia, e por ela profundamente enriquecido. No plano econômico, a demanda pressupõe um bem – um objeto material ou serviço – desejado ou necessitado por alguns, implicando que outros estejam dispostos a satisfazê-los e aceitem fazê-lo sob certas condições. Nesse sentido, a noção de demanda, observa o autor, está próxima daquela de encomenda, o que sublinha sua dimensão relacional forte, incluindo uma relação de poder.

No registro psicológico, a demanda é expressão de uma falta, de um desejo, que só tem sentido em relação àquele ao qual se dirige e que só a ele poderia satisfazer.

> Ela não visa a nenhum objeto material, a não ser por ausência, ou por desvio, na medida em que é a única linguagem através da qual pode se exprimir uma demanda de reconhecimento ou de amor, cuja confissão explícita denega qualquer possibilidade de vê-lo satisfeito (pedir amor a um ser amado supõe que este não o ama, porque se ele o amasse teria adivinhado sua demanda; nessas condições, qualquer resposta é tão derrisória quanto a pergunta feita). (Lévy, 2001: 22)

Assim, se no plano econômico ou material, a demanda não requer nenhuma interpretação, porque é completamente explicitada pelo objeto ao qual se refere, no plano psicológico, ao contrário, a interpretação é sempre necessária, mesmo reconhecendo-se que nunca é segura (Lévy, 2001). Lévy alerta para a necessidade de compreendermos a chamada análise da demanda como um processo contínuo, que se confunde com a análise da relação entre demandante e destinatário, ou, podemos dizer, entre o clínico/pesquisador e os sujeitos ou grupos sobre os quais este se 'inclina'.

A perspectiva psicossociológica de reconhecimento de diversos níveis ou dimensões de análise e intervenção nos processos sociais/organizacionais está presente na preocupação de Lévy em destacar a indisssociabilidade entre as dimensões econômica (ou material) e psicológica da demanda, seu caráter dinâmico, sua complexidade e a impossibilidade de se reduzir uma à outra na relação clínica, o que julgo particularmente importante nas intervenções nas organizações.

Barus-Michel (2004) igualmente nos alerta para essa ambiguidade da demanda e suas possibilidades de manifestação em diferentes registros, mas reconhece também que a demanda pode partir do próprio clínico/pesquisador:

> A situação clínica insere-se, portanto, em uma demanda, mas pode-se adiantar que esta demanda nem sempre está onde acreditamos e isso talvez seja o que diferencia a prática [clínica] da pesquisa, pois pode se falar tanto de pesquisa clínica quanto de prática. Na pesquisa, é o pesquisador que demanda. É sua inquietação, sua perplexidade e sua curiosidade que o levam a interrogar o objeto que ele delimita na situação suscitada. De algum modo, é o inverso da prática, embora haja uma ambiguidade maior do que se pensa, primeiramente na origem da demanda. (Barus-Michel, 2004: 69)

A reflexão da autora nos permite pensar não só nos diferentes registros, mas nos diferentes lugares a partir dos quais a demanda pode ser formulada. Creio que nessa perspectiva podemos compreender a demanda como um atributo da relação clínica, isto é, da relação entre clínico/pesquisador/interventor, de um lado, e sujeitos ou grupos sobre os quais ou junto com os quais a abordagem clínica se exerce, e não apenas como um processo originário destes últimos.

Recuperando a observação de Lévy (2001) de que a análise da demanda se confunde com a análise da relação entre demandante e destinatário, creio ser possível postular que a análise da demanda é também a análise da implicação do clínico/pesquisador/interventor.

A implicação, como alerta Amado (2005), pode ser tanto fonte de conhecimento como de desconhecimento, ocupando um lugar importante, tanto no seio dos processos criativos quanto na alienação individual, social e política. Ao reconhecer toda a dificuldade e complexidade da análise da implicação, especialmente quando esta noção é alargada para além da esfera subjetiva, o autor observa que a exigência de rigor, tanto na pesquisa quanto na intervenção psicossociológica, se traduz, por um lado, na necessidade de que se esteja 'esclarecido' sobre os próprios pressupostos cognitivos, ideológicos, de que se dê sentido às nossas próprias projeções e movimentos contratransferenciais, reconhecendo-se simultaneamente o peso dos processos econômicos, culturais, técnicos etc. Por outro lado, tal processo exige também que possamos ir

> deixando-nos invadir um pouco por este [pelo outro sobre o qual nos debruçamos na prática clínica ou de pesquisa], *de modo a conhecê-lo por meio daquilo que ele nos faz viver, a senti-lo como que do interior...* Trabalhando por esta necessária utopia, o psicossociólogo está permanentemente na busca de uma implicação bem temperada onde se encontram misturados a vida e o conhecimento, o seu próprio desejo e o seu estabelecimento ético. (Amado, 2005: 283, grifo meu)

O autor evoca a fórmula de Max Weber segundo a qual é necessária certa simpatia pelas coisas que se estudam quando se quer compreendê-las. Igualmente cita Eugène Enriquez, para quem não se concebe a implicação sem, simultaneamente, simpatia e distância.

No mesmo sentido, podemos aqui recuperar a declaração de André Lévy (1994b: 175): "penso que só é possível realizar um trabalho que valha a pena com grupos e organizações quando se tem um interesse afetivo verdadeiro pelas

pessoas que fazem parte deles [observa o autor em nota de rodapé: em termos mais sofisticados, trabalhando com a contratransferência]".

Desse modo, a despeito dos riscos, a implicação é não só inerente à pesquisa e intervenção psicossocial, como condição de "acesso à análise" (Barus-Michel, 2004) dos processos organizacionais. Nesse processo, como observa a autora, o pesquisador se acha sujeito no seu objeto e igualmente objeto nesse sujeito-outro, que lhe escapa. Não há possibilidade de construção de sentido ou de significação fora da escuta que se pode fazer da implicação do clínico/pesquisador. "O sentido só emerge se um outro o acolhe, se se dispõe a isso". Assim, prossegue a autora,

> é preciso entender a implicação como capacidade de se dispor ao sentido, de acolhê-lo e, em primeiro lugar, admiti-lo ali onde ele nos atravessa (...) isso não quer dizer imergir nele, mas reconhecê-lo, o que supõe, ao mesmo tempo, uma distância. (Barus-Michel, 2004: 126)

A distância se coloca como a contrapartida necessária da implicação no processo clínico de ajuda e/ou de produção de conhecimento junto a um outro. Como observa Barus-Michel (2004: 128-129), "A implicação não é uma espécie de fusão emocional com o objeto ou, ao menos, não poderia persistir como tal e seria dessa forma inutilizável".

O cuidado como elemento constitutivo do posicionamento clínico de pesquisa e intervenção psicossociológicas

Com base na análise desenvolvida por Luis Cláudio Figueiredo (2007) sobre o cuidado em uma perspectiva metapsicológica, penso ser possível estabelecer uma analogia entre a função de cuidar e a atitude ou posicionamento clínico na pesquisa e na intervenção psicossociológicas. Tal analogia se apoiaria nos seguintes elementos discutidos pelo autor no exercício da função de cuidar: a compreensão integrada do sujeito, a questão do sentido e sua produção e o manejo da implicação do clínico/pesquisador.

Para Figueiredo, nas práticas de cuidado está presente um processo de "fazer sentido" que

> implica *estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos*. Em outras palavras: fazer sentido equivale a *constituir para o sujeito uma experiência integrada, uma experiência de integração*. Tais experiências não se constituem se não puderem ser primeiramente exercidas,

> ensinadas e facilitadas pelos cuidados de que somos alvo. (Figueiredo, 2007: 15, grifos meus)

Em uma compreensão muito próxima, Barus-Michel (2005: 247) define o sentido como aquilo que é, "num dado momento, sentido por um sujeito individual ou coletivo como a coerência unificante de uma situação".

Figueiredo (2007), quando discute as funções inerentes ao cuidar, em termos daquilo que o cuidador faz como presença implicada – acolher, reconhecer e interpelar – e como presença reservada – dar tempo e espaço, esperar, manter-se disponível sem intromissões excessivas –, nos dá algumas pistas para pensarmos sobre tal posicionamento clínico no que diz respeito à pesquisa e à intervenção psicossociológicas em organizações de saúde.

Dos processos intersubjetivos presentes no cuidado analisados por Figueiredo (2007), a função de reconhecer adquire, a meu ver, importância especial nos processos de pesquisa clínica psicossociológica. Com base em Winnicott e Kohut,[8] o autor observa que a função de reconhecer pode ser desdobrada em dois níveis: o do testemunhar e o do refletir/espelhar, sendo que o segundo depende do primeiro: "Muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de *prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem* (Figueiredo, 2007: 18, grifo meu).

Analogamente à função de reconhecer, presente no cuidado, creio que podemos considerar que o posicionamento clínico relativo à pesquisa e à intervenção psicossociológicas envolve igualmente um processo de reconhecimento em que o pesquisador/interventor dá testemunho da situação e do sofrimento, crise e/ou busca por sentido em que se encontram inseridos os sujeitos/grupos da pesquisa/intervenção, retornando-lhes – ou refletindo-lhes – sua própria imagem em um esforço de integração.

Tal testemunho, para que se dê, para que seja possível, para que produza efeitos de construção de sentido e de mudança, não pode ser compreendido como mera descrição de situações 'observadas'. Depende da capacidade do pesquisador/interventor de acolher afetivamente a situação do outro, reconhecendo em que ela o atinge, em que o toca, como sujeito.

---

[8] WINNICOTT, D. W. *Playing and Reality*. London: Tavistock, 1971; KOHUT, H. *The Search for the Self. In*: ORNSTEIN, P. (Ed.). New York: International Universities Press, 1978. (Selected Writings of Heinz Kohut, 1950-1978), *apud* Figueiredo, 2007.

Outra função importante inerente ao processo de cuidado é, segundo Figueiredo, a de interpelar, e, da mesma forma com relação à função de reconhecer, julgo que se trata igualmente de uma função inerente a uma abordagem de pesquisa ou intervenção clínica.

> A isto corresponde a função de ex-citar, chamar para fora, chamar às falas. Além disso, o outro que interpela e reclama funciona como agente do confronto e do limite, fazendo com que o sujeito entre em contato com os fatos da existência: a morte, a finitude, a alteridade e a lei. Ambas as funções – chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem – são tão necessárias aos processos de constituição psíquica e narcísica quanto as funções do acolhimento e do reconhecimento vistas anteriormente. (Figueiredo, 2007: 19)

A partir daí, podemos pensar que o posicionamento clínico na pesquisa e na intervenção psicossociológica não deixa de ser também uma interpelação ao sujeito, aos sujeitos ou grupos sobre os quais nos inclinamos, aos quais dirigimos nossa escuta e nossa palavra, em um esforço de construção conjunta de sentido que passa pela possibilidade de o(s) sujeito(s) da pesquisa/intervenção e, igualmente, do pesquisador/interventor, entrarem em contato com o que Figueiredo (2007) denomina os fatos de sua existência, e que, em última instância, remetem à morte, à finitude, à alteridade e à lei.

Essas três figuras da alteridade, essas três modalidades de cuidados com suas respectivas funções – acolher, reconhecer e questionar – precisam agir em equilíbrio dinâmico para que os cuidados efetivamente proporcionem a instalação de uma capacidade de fazer sentido no indivíduo. No entanto, adverte Figueiredo (2007), nem mesmo o melhor equilíbrio das funções da presença implicada do cuidador será suficiente ou viável se o cuidador não souber se manter simultaneamente como presença implicada e presença reservada, renunciando à sua própria onipotência, o que, no caso do cuidado, implica renunciar às suas fantasias reparadoras maníacas e aceitar a sua própria dependência, deixar-se cuidar. No caso da pesquisa e intervenção psicossociológica, significaria renunciar à ideia de qualquer explicação totalizadora e à fantasia de controle sobre a realidade objeto de pesquisa e/ou intervenção.

Assim, podemos considerar que um dos recursos importantes para o manejo da implicação e da distância necessária é a análise, pelo próprio clínico/pesquisador, de sua implicação com relação aos sujeitos, grupos e/ou organizações sobre os quais se 'inclina' para fornecer ajuda – nas situações de sofrimento e

crise, que é sempre, como observa Lévy (2001), uma crise do sentido – e/ou produzir conhecimento, construir de modo dialogado, significações.

Barus-Michel (2004: 129) refere-se a um trabalho sobre a implicação – "a implicação se trabalha" –, e esse trabalho passa pela palavra, que deve ser expressa e formalizada em um dispositivo de escuta que a faça repercutir. Como dispositivos, creio ser possível destacar o 'enquadre', as normas, as regras, o 'contrato', por exemplo, ou ainda, no que se refere especificamente à pesquisa, os famosos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), exigidos pelos comitês de ética em pesquisa, a despeito de serem utilizados muitas vezes de modo burocrático, e também as técnicas de pesquisa utilizadas. Tais instrumentos definem os objetivos, o escopo ou espaço e como se dará o processo clínico terapêutico, de pesquisa ou de intervenção psicossociológica, diminuindo os riscos da implicação e dos processos transferenciais/contratransferenciais presentes e possibilitando sua utilização a favor do processo de conhecimento – objetivo tanto da relação clínica terapêutica quanto da pesquisa e intervenção.

Em outro trabalho, a autora alia a sensibilidade necessária à escuta clínica ao rigor metodológico do trabalho sobre a implicação e as condições dadas pelo dispositivo clínico, em um processo que "supõe uma sensibilidade particular ao outro, aos outros instituídos como sujeitos, [e] (...) uma atenção metodológica não menos rigorosa, um trabalho do clínico sobre ele mesmo" (Barus-Michel, 2005: 244).

A autora chama a atenção para um aspecto que entendo como uma condição fundamental do dispositivo, base para que se estabeleçam as demais regras da relação clínica, que é o marco teórico-conceitual a partir do qual a prática clínica ou a pesquisa clínica se desenvolvem.

> *O dispositivo pode ser considerado como o desdobramento concreto e metodológico da referência teórica* – no interior do qual ainda o clínico se obriga – que serve de limite e de baliza para o procedimento, autoriza o advento do sentido, deixando espaço aos acontecimentos da relação. (Barus-Michel, 2004: 71, grifo meu)

A análise da demanda como outra dimensão indissociável desse processo também se coloca, já o observamos, como um importante recurso na busca dessa "implicação bem temperada" a que se refere Gilles Amado, na qual o rigor científico e ético não exclui a afetividade e os demais processos subjetivos necessários ao posicionamento clínico.

Análise e construção de sentido

O processo de análise e construção de sentido não é algo distinto ou que se dê fora dos marcos do posicionamento clínico anteriormente tratados. Se os destaco aqui é porque remetem mais diretamente ao 'como fazer' da pesquisa e intervenção psicossociológicas e porque me parecem constituir importantes desafios, especialmente considerando as dificuldades aqui já apontadas de se admitir, no campo da saúde coletiva, o pressuposto da participação do inconsciente no processo de produção de conhecimento.

Um primeiro recurso ou 'instrumento' do processo de análise e construção do sentido é, como pode ser depreendido da discussão anterior, a própria implicação do pesquisador ou ator/interventor.[9] Não apenas sua análise é condição para o manejo dos desafios e riscos presentes na situação clínica, evitando-se ou diminuindo-se as 'cegueiras' ou vieses do pesquisador, como se coloca, a implicação em si, como via de acesso à análise (Barus-Michel, 2004). Em face da impossibilidade, nas situações reais de pesquisa, de se penetrar em processos inconscientes senão a partir da apreensão de seus efeitos, de suas emergências sobre o próprio pesquisador e do que é despertado a partir de sua participação na instituição,[10] Barus-Michel (2004) considera a implicação o melhor instrumento para se apreender o psicológico no e com o social.

Tomar a implicação do pesquisador como instrumento ou condição de acesso à análise pressupõe se afastar, como propõe a autora, do propósito de considerar a organização como objeto e, a partir de documentos, observações ou mesmo entrevistas, proceder a um levantamento ou identificação de elementos organizacionais fora (descontextualizados) de toda a demanda e de toda a discussão dos atores institucionais e do próprio analista. Uma análise nesses moldes seria o equivalente a reduzir a organização, como observa Lévy

[9] Barus-Michel (2004) utiliza o termo 'ator' para designar o sujeito que se encontra na posição de analista institucional, aquele que responde a uma demanda de intervenção de uma organização. No presente capítulo, refiro-me a este como interventor.

[10] A autora utiliza o termo 'instituição'. Prefiro, para os objetivos deste capítulo, e considerando que estamos tratando da pesquisa e da intervenção psicossociológica, que por definição se dão em situações concretas e singulares, utilizar o termo 'organização'. Compartilho do entendimento de Enriquez (1997) de que uma instituição não existe (salvo como princípio instaurador) fora das organizações que ela produz e a que dá sentido. As organizações são, nessa perspectiva, "máquinas complexas, conjuntos de programas e de técnicas que se tornarão os objetos de investimentos libidinais (...). A organização aparece assim como uma modalidade específica e transitória de estruturação e encarnação da instituição (...). Se a instituição é o lugar do poder, a organização é o lugar dos sistemas de autoridade (da repartição da presunção de competência e da responsabilidade) colocados em prática. Se afinal a instituição é o lugar do político e da tentativa de regulação global, a organização é o das relações de forças cotidianas, das lutas implícitas e explícitas e das estratégias dos atores" (Enriquez, 1997: 81).

(2001: 169), a um puro funcionamento, negando-a como "sistema vivo no qual as pessoas podem colocar seus sonhos, encontrar motivos de gozo, estabelecer laços pessoais e profissionais, dar sentido à sua existência". Ou ainda, como observa Baurs-Michel (2004: 125),

> Seria, então, somente uma análise microssociológica, funcional ou estrutural, apontando certamente contradições, mas sem meios de atingir o sentido. *Pode-se descrever estado, processos, fenômenos, mas não se pode alcançar as significações sem passar por sua experiência.* (grifo meu)

Destaco a observação de Barus-Michel não para negar, obviamente, a importância da descrição de processos e fenômenos, em uma perspectiva microssociológica – também inerente à abordagem clínica psicossociológica –, mas para ressaltar a importância da participação da subjetividade (especificamente do inconsciente) do pesquisador na apreensão e compreensão dos fenômenos ou processos que se propõe a estudar. Estes devem ser 'experienciados', vividos de alguma forma pelo pesquisador para que ele possa alcançar suas significações.

Por sua vez, aquilo que é vivido ou 'experienciado' deve ser convertido em palavra, deve ser explicitado. Esta é a via de análise (Barus-Michel, 2004). Trata-se de um trabalho de interrogação e de explicitação que começa, como já observado, pelo trabalho sobre a própria implicação.

Esse processo de converter em perguntas (e em palavras), de explicitar o que se vive no processo de pesquisa ou intervenção/análise em uma organização vai possibilitar a melhor delimitação da problemática de pesquisa e a emergência de hipóteses. O pesquisador deve "explicitar aquilo que interroga – acontecimento, situação, lugar, grupo, personagem – em sua ligação real ou hipotética com outros elementos institucionais. Da interrogação à hipótese não há mais que um passo" (Barus-Michel, 2004: 131).

A hipótese é, conforme menciona a autora, uma resposta *a priori* à interrogação, apoiada em intuições ou deduções baseadas na teoria. De certa maneira, formular hipóteses faz parte do trabalho sobre a implicação; trata-se de um meio de se distanciar.

> Pergunta-se, por exemplo, se o que se passa em tal reunião cheia de mal-estar não se explica por isso ou aquilo. Faz-se aí referência à implicação (mal-estar), focaliza-se (a reunião) e introduz-se uma hipótese (não se explicam...?). Tudo isso certamente requer desenvolvimentos. No que tange às hipóteses, o ator-pesquisador deve se explicar quanto ao que o conduz a propor isto ou aquilo. (Barus-Michel, 2004: 131)

O exposto até aqui leva a entender que as significações ou o sentido que se pretende acessar não se encontra 'depositado' ou escondido nos atores sociais ou nas organizações: "a clínica não pode se apoiar sobre um sentido, dos quais os atores sociais seriam depositários e que seriam capazes de revelar" (Lévy, 2001: 24). Na mesma direção aponta Barus-Michel (2005: 247): "Nenhum sentido é dado nem depositado na realidade, não lhe é intrínseco, e o sujeito não faz mais do que empilhar aproximações parciais, operatórias para o pensamento e o ato, satisfazendo a esperança".

A observação de Jacqueline Barus-Michel alude, indiretamente, não apenas à transitoriedade, ao caráter sempre provisório de construção e reconstrução constante de sentido (sempre parciais) pelos sujeitos em sua inserção social, mas, também podemos concluir, à importância do sentido para a capacidade de pensar e agir humanos. O sentido é o que possibilita a ligação dos sujeitos entre si e seus investimentos (afetivos, imaginários, simbólicos) uns nos outros, nos grupos, nas organizações, satisfazendo, como observa a autora, a 'esperança'. E é sobre esses processos que a análise clínica trabalha.

Outra conclusão a que podemos chegar é que o trabalho de análise/acesso às significações dos processos e fenômenos estudados não deve ser confundido com um esforço solitário, um monólogo do pesquisador. Ao contrário. Trata-se, como observa Lévy (2001), de um trabalho de construção de sentido que, por sua vez, é o resultado de um diálogo, através do qual o clínico (pesquisador) provoca, por sua presença e por suas palavras, os atores sociais/sujeitos a falar e a discutir a respeito de suas experiências ou daquilo que elas possam evocar ou significar para eles. Não se trata, portanto, de descobrir um sentido oculto, como observa o autor: a compreensão é um ato progressivo de construção (dialogada) de significações.

Esse trabalho de coconstrução do sentido (significações e direções, compreensão e mudança), no campo social, se dá nos marcos do quadro institucional – hospital, prisão, empresa, família, escola, por exemplo – onde a relação clínica se estabelece, e pode ser definido como um trabalho de compreensão "dos processos por meio dos quais a experiência social faz sentido para o sujeito individual ou coletivo" (Barus-Michel, 2005: 245).

No que se refere especificamente à pesquisa clínica, embora embasada em uma relação que se supõe em situação (isto é, em campo, no quadro institucional acima exemplificado), pode-se concebê-la, de acordo com Barus-Michel,

como um trabalho que não se esgota no processo 'ao vivo' ou 'a quente' da interpretação produzida em uma situação clínica em sentido estrito.

> ... o pesquisador prossegue as suas análises referindo-se a outro ou a outros em posição teórica de sujeitos se bem que não realmente presentes. Pode instaurar-se um vaivém entre referências teóricas, a prática acumulada, a informação recolhida sobre situações concretas e a escuta do outro em si. (Barus-Michel, 2005: 146)

Tal situação exige, conforme a autora, um trabalho de análise da implicação e da contratransferência do pesquisador suficientemente profundo para permitir atingir o outro em si ainda que ausente na realidade da relação. É o que permite, observa a autora, a extrapolação da abordagem clínica para situações macrossociais ou acontecimentos de dimensão social em relação aos quais não pode haver pedido (demanda) nem relações atuais, dando origem a trabalhos de clínicos de pesquisa apoiados na elaboração interpretativa de documentos, resumos, retranscrições, biografias etc. – material de segunda mão, como se refere a autora (Barus-Michel, 2005).

De toda forma, creio que qualquer que seja a 'opção clínica', o processo de análise e produção de sentido em uma pesquisa clínica psicossociológica pressupõe sempre esse vaivém, ao qual se refere Barus-Michel, entre referências teóricas, prática acumulada, situações concretas e escuta sensível do outro a partir da análise da própria implicação do pesquisador – "escuta do outro em si" (Barus-Michel, 2005: 246), ou, creio que podemos assim definir, a escuta de um outro situado/representado não apenas histórica e socialmente, mas afetivamente representado pelo pesquisador a partir dos efeitos que este outro produz sobre seu psiquismo.

A questão da escuta coloca-se, então, como central nos processos de análise e produção do sentido em uma abordagem clínica. As discussões até aqui realizadas sinalizam para a compreensão de que a capacidade de escuta não pode ser confundida com o domínio de teorias e técnicas de pesquisa, nem reduzida a um exercício cognitivo de 'tradução' ou produção de inteligibilidade sobre o discurso dos sujeitos.

Barus-Michel refere-se ao processo de produção de sentido como um encadeamento de elementos significantes que não se apoia apenas na lógica ou em processos racionais: "Por vezes a razão nada tem a ver nesses encadeamentos, eles não se constroem apenas num modo lógico, mas também sensível: unem

desejos, representações afetos, recordações, pensamentos, vontades" (Barus-Michel, 2005: 247). A autora recorre ao senso comum para o qual encontrar sentido na vida evoca tanto o gosto que se pode ter por ela quanto o significado que nela encontramos: "Sentir as coisas é de certo modo conhecê-las pelo odor" (Barus-Michel, 2005: 247). Encontrar o sentido seria, portanto, segundo a autora, poder recuperar as capacidades perceptivas e tomar consciência, o que equivale a poder reorganizar as percepções de forma coerente.

Trata-se, portanto, de uma escuta sensível, ou "Apreensão sensível [que] está assim inextricavelmente misturada com a compreensão inteligente, do mesmo modo que tanto uma como outra estão submetias aos trilhos inconscientes e às induções sociais" (Barus-Michel, 2005: 247). A autora se refere a uma espécie de "ressonância intuitiva" através da qual se daria a sensibilidade ou escuta dos "signos desconjuntados" que emergem na relação entre o clínico/pesquisador e os sujeitos, permitindo novas reformulações e depois o acolhimento e a retomada pelos sujeitos implicados. Por sua vez,

> essa ressonância intuitiva faz-se sobre uma trama de pensamento teórico (concebida no ir e vir com a prática), sempre lá, não aplicada sistematicamente, mas fazendo pano de fundo, literalmente. Essa trama teórica apoia a escuta compreensiva e, por outro lado, a possibilidade de os sujeitos reatarem os fios. (Barus-Michel, 2005: 249)

A escuta clínica, portanto, produz efeitos. Como observa Barus-Michel, a escuta por si só já provoca efeitos naquele ou naqueles a quem encoraja a palavra e, depois, no momento de retorno a essa mesma palavra, podendo transformar por si só a situação e encorajando a mudança. Portanto, mesmo que o clínico não pretenda uma mudança, é importante que esteja consciente do que pode induzir (Barus-Michel, 2005). Isso é particularmente importante nas situações de pesquisa, especialmente naquelas que, a princípio, não estão associadas diretamente a uma demanda de intervenção ou não se caracterizam, a rigor, como pesquisa-ação. "A pesquisa clínica não é forçosamente ação, a menos que a ação se possa resumir a uma promoção do sujeito: a recuperação de suas capacidades para desatar e reatar os novelos de sentido" (Barus-Michel, 2005: 146). Podemos nos perguntar, considerando os desafios que se colocam para a mudança organizacional: não haveria aí já 'ação' o bastante?

Podemos entender ainda que o potencial de mudança ou de ação compreendido no processo de escuta não reside apenas nos efeitos que pode produzir

sobre os sujeitos que se escuta, mas, igualmente, sobre aquele que escuta – o clínico/pesquisador/interventor ou consultor organizacional. Dejours fala de uma escuta arriscada ou "escuta com risco" (2004: 238) tanto no que se refere à gestão do trabalho quanto no que concerne à pesquisa. No primeiro caso, o autor questiona os dispositivos clássicos da gestão, pretensamente voltados para a circulação da palavra na organização, mas incapazes de permitir de fato mudanças nos valores e práticas institucionais porque não se caracterizam como espaços de palavra autêntica e de escuta efetiva. Para o autor, escutar significa um risco – o risco de compreender –, porque quando escutamos, de fato, devemos estar abertos à desestabilização, a abrir mão dos referenciais com os quais nos movemos. No que diz respeito à pesquisa, o autor observa:

> A *escuta com risco* representa, no que concerne aos pesquisadores, o risco que correm *não apenas ouvindo, mas compreendendo* o que realmente dizem os trabalhadores. Assumir este risco é aceitar pôr à prova, a cada nova escuta, a teoria e a experiência acumulada, o risco de colocar tudo em questão. (Dejours, 2004: 238, grifos meus)

Do mesmo modo, falar também representa um risco, na medida em que o falar autêntico (sobre a realidade do trabalho, no caso específico analisado pelo autor) pressupõe expor o sofrimento daquele que fala e a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

A Análise Clínica do Discurso

Nesse processo de trabalho sobre discursos diversos, Lévy adverte contra o risco de homogeneização dos discursos ou contra a "esperança de um discurso único", transformando o que geralmente é uma realidade contraditória e clivada – que caracteriza as organizações – em "pontos de vista divergentes, no limite complementares, porém situados no mesmo plano, repousando sobre pressupostos certamente divergentes, mas potencialmente articuláveis" (Lévy, 1994b: 177). Considero esta uma questão fundamental tanto para a pesquisa quanto para a intervenção psicossociológica, por colocar, igualmente, interrogações sobre algumas abordagens metodológicas e práticas de planejamento e gestão baseadas no diagnóstico e formulação de propostas de intervenção sobre problemas que eludem as diferenças subjetivas, sociais e políticas que

informam os diversos discursos em pauta, apostando acriticamente na possibilidade de construção de um discurso comum.

A mesma crítica à expectativa de construção de um discurso único é retomada por Lévy em outro texto, em coautoria com Giust-Desprairie (Giust-Desprairie & Lévy, 2005). Nesse trabalho, os autores apresentam uma distinção entre análise de conteúdo e análise de discurso[11] – a rigor, análise clínica do discurso – que julgo importante destacar aqui justamente pelo peso da primeira no campo da saúde coletiva e pela frequente confusão entre ambas.

Os autores observam que, mesmo que a definição clássica de análise de conteúdo como ordenação sistemática, objetiva, descritiva, quantitativa, daquilo que é manifesto em um discurso tenha sido posteriormente enriquecida, especialmente com a consideração de elementos latentes, as perspectivas de análise de conteúdo se mantêm centradas em um projeto de ordenação de conteúdos de um ou vários textos. Sua finalidade é tornar os discursos mais inteligíveis, portanto mais acessíveis a muitas pessoas.

> Por outras palavras, consiste em passar de um discurso singular, apropriado a uma utilização privada, respeitante a interlocutores definidos, para um discurso geral e inteligível para outros (...). Para efetuar esta passagem, uma ordem geral substitui a ordem (ou desordem) que preside o discurso original. Mas que ordem, senão a que é definida pelos modelos socioculturais incorporados pelo analista ? (Giust-Desprairies & Lévy, 2005: 233)

Assim, na análise de conteúdo, a objetividade da descrição pretendida, por oposição à subjetividade (anárquica) dos indivíduos, supõe uma racionalidade universal, comum ao texto, à organização social e ao pensamento dos analistas (Giust-Desprairies & Lévy, 2005).

Quanto à análise clínica do discurso, os autores assinalam a necessidade de se levar em conta sua natureza complexa e polissêmica, "com vista a um deslocamento do seu significado, e não apenas o desvelar do sentido que estaria escondido" (Giust-Desprairies & Lévy, 2005: 234). Nessa perspectiva, analisar um discurso é, segundo os autores,

> colocar questões nas quais o locutor não tinha qualquer razão para pensar, ou que se absteve de formular. Consiste em recusar a sua oferta de

[11] É importante destacar aqui que os autores se referem à análise do discurso em uma perspectiva clínica psicanalítica, debruçada nos processos subjetivos/afetivos/singulares, diferenciando-a das abordagens da análise do discurso como ramo ou especialidade da linguística, que assumem uma perspectiva mais estruturalista de análise.

> comunicação (a carta oferecida) para olhar para as outras cartas do jogo, em situarmo-nos noutro local que não aquele para que nos convidam, ver de outro modo o que ele diz sem necessariamente o saber, mas que no entanto é dito. (Giust-Desprairies & Lévy, 2005: 234)

Não se trata, como observam os autores, de descobrir o que estaria para além do texto, escondido, mas de observar mais de perto o que foi dito (e como foi dito), mesmo sem o querer. Tal processo não visa, do mesmo modo, a fazer o sujeito dizer o que não queria dizer, ou a fazê-lo dizer "melhor", mas reconhecer – e eventualmente fazer com que o sujeito também reconheça – o que está no texto, desde que se aceite vê-lo segundo outra lógica, outra organização.

Nessa perspectiva, a análise clínica do discurso é uma "produção de discurso e de sentido" que vai muito além de uma simples "elucidação" de ordem cognitiva (Giust-Desprairies & Lévy, 2005: 234). Nesse processo, a presença de um quadro referencial, nocional/teórico, em relação ao qual o texto é lido e interpretado, é essencial, mas igualmente importante é o deslocamento ou o descentramento do analista, tanto em relação às intenções de comunicação do locutor (não ficar 'colado' ao texto ou à fala do outro, como costumamos dizer, apenas descrevendo ou reproduzindo as representações dos atores, sem analisá-las) – o que pressupõe se colocar em análise, examinar sua própria implicação, como já observado – quanto em relação ao seu próprio quadro de referência, sem o que não poderá estar aberto ao inusitado, ao novo, como já observou Lévy (2001).

A palavra é, pois, o material privilegiado de análise da abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção nas organizações. Analisam-se falas, discursos, de diferentes sujeitos, a respeito de seu trabalho, da relação com os demais sujeitos/grupos, de seus projetos, da organização e do lugar (real e imaginário) que esses sujeitos ocupam nela. A palavra é assim, nessa abordagem, a via de acesso às dimensões imaginária e simbólica das organizações, aos processos inconscientes ali presentes e, sobretudo, às mediações entre as realidades psíquica, intersubjetiva/grupal e social nas organizações (Sá & Azevedo, 2010).

Como destacam Giust-Desprairies e Lévy (2005), na análise clínica dos discursos, o analista/pesquisador considera as práticas dos sujeitos em dois registros (ou duas fontes) simultaneamente: o contexto sociocultural, por um lado, e a configuração psíquica, por outro, examinando, por exemplo, em que modalidades a organização social se escora na dinâmica psíquica do sujeito e

como, em um vaivém recíproco, os conteúdos psíquicos estão investidos em elementos socioculturais.

> O analista coloca-se na situação de ouvir funcionar dois sistemas concomitantes: a vida social do sujeito e sua relação individual com suas energias afetivas (...). O sujeito que fala de sua situação inscreve-a num sistema de representações sociais e, ao mesmo tempo, implica o seu imaginário (...). E se fala dos seus desejos, de suas expectativas, de suas contradições, ao mesmo tempo simboliza a sua situação num sistema de representações coletivas. (Giust-Desprairies & Lévy, 2005: 238)

Por fim, cabe ainda destacar que esse processo de análise envolve um importante custo psíquico. Como observam os autores, é preciso romper ou ultrapassar resistências internas que agem, na maioria das vezes, de forma inconsciente, pois não somos neutros nem indiferentes perante um texto, um discurso, e é importante que possamos nos desprender das identificações que um discurso ou sujeito pode nos suscitar ou do fascínio que aquilo que é dito exerce sobre nós, tanto em uma situação em que aderimos a ele quanto em uma situação em que o rechaçamos veementemente.

> Se a análise consiste em questionar um texto, este também nos questiona. Trabalhar um texto consiste portanto (inicialmente) em deixarmo-nos trabalhar por ele, tentar compreender o que faz sentido para nós e por quê, deixar emergir as associações, as recordações, as impressões ou sentimentos que evoca, estar atento aos movimentos internos que suscita. (Giust-Desprairies & Lévy, 2005: 239)

Valorizando o Tempo Necessário ao Olhar, à Reflexão e ao Cuidado em Saúde Coletiva

> Mas há um momento em que é necessário pôr termo à análise. Esse momento é em parte arbitrário (o sentimento de ter conseguido desvelar um significado que merece ser comunicado) e em parte está dependente de circunstâncias exteriores (tempo e financiamento disponíveis, urgência expressa pelos destinatários da análise). De qualquer modo, a análise nunca pode ser considerada terminada. (Giust-Desprairies & Lévy, 2005: 240)

Chegamos ao final deste capítulo reconhecendo ainda que a prática teórica e a intervenção psicossociológicas de base clínica psicanalítica nas organizações e nos processos sociais não estão isentas do desejo de 'domínio', da pretensão

totalizadora e de controle do real, identificados por Lévy (2001) no seu próprio objeto de estudo.

Como observa Sévigny, diferentemente da pesquisa em laboratório ou daquela apoiada em um modelo ideal que supõe o controle das variáveis,

> No campo, em interação constante com os atores sociais, nos damos conta rapidamente de que não controlamos grandes coisas. *A abordagem clínica implica, assim, uma certa constatação de impotência, de ausência de controle diante de seu objeto de estudo*. (Sévigny, 2001: 20, grifo meu)

Pretendi aqui apresentar e defender a importância de uma abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção em saúde coletiva a partir do reconhecimento do papel do inconsciente, simultaneamente, na produção de conhecimento e na produção de efeitos na vida das organizações e das comunidades. Se admitirmos o pressuposto da participação do inconsciente nesses processos, esta talvez seja a melhor abordagem disponível no momento para tratar esses fenômenos. Isto, porém, se soubermos nos manter modestos quanto às nossas pretensões de compreensão e de mudança e desde que a psicossociologia se contente em permanecer no lugar de um entre-dois e na condição de "disciplina bastarda" que Gaulejac lhe atribui, sem pretensões de domínio da verdade:

> E, contudo, não creio que a psicossociologia possa se impor hoje totalmente como uma disciplina das ciências humanas, justamente porque ela é fundamentalmente bastarda e porque ela permanecerá assim. Ela só pode existir num entre-dois, num inter-dito, numa relação conflituosa entre duas lógicas causais irredutíveis uma à outra. Há algo de irreconciliável entre o 'psíquico' e o 'social'. Isso conduz não a escolher o seu terreno, como alguns preconizam, mas a se situar num campo e 'conversar' com todos aqueles que sofrem do dogmatismo monodisciplinar. (Gaulejac, 2001: 46)

A defesa de uma abordagem psicossociológica em saúde coletiva não é apenas a defesa de mais uma abordagem metodológica. É, em primeiro lugar, a defesa do projeto interdisciplinar que funda o campo da saúde coletiva. Passados mais de 25 anos de publicação da obra *Um Discurso sobre as Ciências*, de Boaventura de Sousa Santos, creio que ainda se está muito distante do cenário formulado por ele no que se refere a um paradigma emergente de conhecimento. No entanto, entendo que alguns campos de conhecimento (ou

campos de saberes e práticas), por suas características multidisciplinares, sua vocação inter ou transdisciplinar e seu projeto que não admite a dissociação entre pesquisa e intervenção, se colocam em melhores condições de aproximação de tal paradigma. Acredito que este seja o caso da saúde coletiva, desde que se proponha a enfrentar seus desafios epistemológicos e ético-políticos em direção a um projeto de conhecimento (ou de ciência?) "para a nossa felicidade" (Santos, 2002: 9). Um projeto que se contraponha ao predomínio da ação instrumental e à desvalorização da atividade reflexiva ou das discussões conceituais na produção científica, bem como à pretensão racionalista de realizar a modelagem de pessoas e sociedades, com base em teorias simplificadoras do comportamento humano (Castiel, Sans-Valero & Vasconcellos-Silva, 2011); um projeto que se contraponha à hipervalorização da gestão como tecnologia de maximização do desempenho das organizações, pautada em abordagens instrumentais e comportamentalistas dos processos organizacionais.

A defesa de uma abordagem psicossociológica em saúde coletiva é também um posicionamento ético-político. É a defesa dos valores de solidariedade e de respeito à diversidade que fundam o campo e que não podem ser exercidos com base em esquemas de pensamento aprisionados nos modelos padronizados de produção científica, nos tempos da urgência e no modo de produção "*fast-food*" (Loyola, 2010: 20) do produtivismo científico, que obstaculizam o pensamento, empobrecem e impedem a criação.

Creio que a abordagem clínica psicossociológica – por seu caráter interdisciplinar, por buscar transitar nas mediações entre o histórico-social e o individual/subjetivo ou entre o institucional/cultural e o afetivo/psíquico; por colocar o sujeito em posição de palavra, e o sofrimento e a questão do sentido no centro da análise, valorizando a *poiesis,* o poder metafórico da linguagem e reconhecendo os efeitos das dimensões imaginária e simbólica na vida das organizações e da sociedade em geral – pode vir a contribuir para este projeto de felicidade – como o chamaria Boaventura de Sousa Santos (2002) – para a saúde coletiva. Mais ainda, quando coloca em cena justamente nossa implicação com os temas/objetos, problemas e sujeitos de nossas pesquisas. Em tempos de produtivismo científico, a defesa de uma abordagem clínica para a saúde coletiva é a defesa da recuperação do nosso interesse efetivo e afetivo pelo que pesquisamos. É preciso que possamos recuperar a capacidade, a ousadia e o prazer da aventura intelectual que constituíram o campo da saúde coletiva.

Os desafios, no entanto, são muitos e já foram aqui tratados. Destaco, para finalizar, apenas dois. O trabalho clínico é um trabalho exigente de tempo, o que os constrangimentos atuais da produção científica e da pós-graduação e a dinâmica da sociedade contemporânea não permitem. A abordagem clínica em pesquisa e intervenção é uma abordagem do cuidado. No entanto, como observa Figueiredo (2007: 28),

> Estamos pouco preparados para cuidar, acompanhar os doentes, receber os moribundos em seus últimos passos, estudar com os filhos, escutar os amigos etc. Nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros, por exemplo, parece drasticamente reduzida. Recuperar esta capacidade me parece uma tarefa urgente e preciosa, tanto para os agentes de cuidados – entre os quais o psicanalista – quanto para todos os humanos.

O autor admite não ter receita para recuperar tal capacidade, mas testemunha, como alguém que está há muitos anos se dedicando à tarefa de cuidar, tanto na vida profissional como na vida privada, que esta é a única forma de dar à vida que levamos e ao mundo em que vivemos sentido e valor.

Estamos prontos para valorizar o tempo necessário ao olhar/ao prestar atenção, à reflexão e ao cuidado para com nossos 'objetos' de pesquisa e intervenção em saúde coletiva? Estamos prontos para refletir e discutir sobre o sentido e o valor de nossa atividade acadêmica?

Referências

ABRAHÃO, A. L.; MARTINS, C. M. & GEISLER, A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1): 247-257, 2008.

AMADO, G. Implicação. *In*: BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E. & LÉVY, A. (Orgs.). *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

BARRETO, M. As ciências sociais e a epidemiologia: entrevista com Andréa Loyola e Maurício Barreto. *In*: HORTALE, V. *et al.* (Orgs.). *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

BARUS-MICHEL, J. O *Sujeito Social*. Belo Horizonte: Editora PUC-Minas, 2004.

BARUS-MICHEL, J. Clínica e sentido. *In*: BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E. & LÉVY, A. (Orgs.). *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

BIRMAN, J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. *In*: ENCONTRO MUNDIAL ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, 2, 2003, Rio de Janeiro. Disponível em:

<www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2008.

CASTIEL, L. D; SANS-VALERO, J. & VASCONCELLOS-SILVA, P. R. *Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

DEJOURS, C. Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. *In*: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2004.

ENRIQUEZ, E. A interioridade está acabando? *In*: LÉVY, A. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

ENRIQUEZ, E. Instituições, poder e 'desconhecimento'. *In*: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo, Belo Horizonte: Escuta, Fumec, 2001.

FERREIRA NETO, J. L. *et al.* Usos da noção de subjetividade no campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5): 831-842, maio 2011.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, ano X(21): 13-30, jul.-dez. 2007.

FREUD, S. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Obras Completas de Sigmund Freud, 18)

GAULEJAC, V. Psicossociologia e sociologia clínica. *In*: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo, Belo Horizonte: Escuta, Fumec, 2001.

GIUST-DESPRAIRIES, F. & LÉVY, A. Análise de discurso. *In*: BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E. & LÉVY, A. (Orgs.). *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

GRANDA, E. Quo vadis salud pública? *In*: FORO DE LA SOCIEDAD CIVIL EM SALUD, II, 2004, Lima, ago. 2004. (Mimeo.)

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

LABORDE-NOTÁLE, E. *La Videncia y el Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós, 1992.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LÉVY, A. A psicossociologia: crise ou renovação. *In*: LÉVY, A. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes. 1994a.

LÉVY, A. Intervenção como processo. *In*: LÉVY, A. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994b.

LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais: sentido e crise do sentido*. Belo Horizonte: Autêntica, Fumec, 2001.

LOYOLA, M. A. As ciências sociais e a epidemiologia: entrevista com Andréa Loyola e Maurício Barreto. *In*: HORTALE, V. *et al.* (Orgs.). *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MACHADO, M. N. M. Apresentação. *In*: LÉVY, A. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção.* Petrópolis: Vozes. 1994.

MACHADO, M. N. M. Três cenários da prática psicossociológica. *In*: ARAÚJO, J. N. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica.* São Paulo, Belo Horizonte: Escuta, Fumec, 2001.

MINAYO, M. C. O *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

PAIM, J. S. Saúde pública convencional, nova saúde pública ou saúde coletiva? *In*: Seminário internacional Desafios para a Saúde Pública no Século xxi: princípios e estratégias para a construção de sistemas de saúde universais e equitativos na América Latina e Caribe, 2005, Rio de Janeiro, ago. 2005. (Mimeo.)

PLASTINO, C. A. Sentido e complexidade. *In*: BEZERRA JR., B. & PLASTINO, C. A. (Orgs.). *Corpo, Afeto, Linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, Contracapa, 2001.

PLASTINO, C. A. O quinto rombo: a psicanálise. *In*: SANTOS B. de S. (Org.). *Conhecimento Prudente para uma Vida Decente: 'um discurso sobre as ciências' revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SÁ, M. C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 255-258, 1999.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6: 151-154, 2001.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a 'humanização' das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, 13(supl.1): 651-664, 2009.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C. & FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6): 1.334-1.343, jun. 2008.

SANTOS, B. S. *Um Discurso sobre as Ciências* [1987]. 13 ed. Porto: Edições Afrontamento, 2002.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 221-242, 1999.

SÉVIGNY, R. A abordagem clínica nas ciências humanas. *In*: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica.* São Paulo, Belo Horizonte: Escuta, Fumec, 2001.

TURATO, E. R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

WINNICOTT, D. Pediatria e psiquiatria. *In*: WINNICOTT, D. *Da Pediatria à Psicanálise.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

II. Construindo Caminhos de Pesquisa e Intervenção em Serviços de Saúde

8
A Psicossociologia Francesa como Abordagem Teórico-Metodológica para Pesquisas em Serviços de Saúde

Flaviana Mara da Silva

A psicossociologia é uma vertente da psicologia social e tem como campo de investigação os grupos, as comunidades e as organizações, considerados, segundo Machado e Roedel (1994: 7), "conjuntos concretos que medeiam a vida pessoal dos indivíduos e são por eles criados, geridos e transformados", e se interessa "pelo estudo de sujeitos em situações cotidianas, em seus grupos, organizações e comunidades".

Como os psicossociólogos, em especial os franceses, procedem em seus estudos sobre os 'sujeitos em situações cotidianas'? Como investigam os grupos, as comunidades e as organizações? Como desenvolvem, por exemplo, pesquisas de campo em organizações com base em referencial teórico da psicossociologia francesa? Estas foram algumas das questões por mim levantadas quando do processo de construção da metodologia de minha pesquisa de campo durante o mestrado.[1]

Pretendo, aqui, apresentar a psicossociologia francesa como abordagem teórico-metodológica, ou seja, como arcabouço teórico capaz de sustentar o desenvolvimento de pesquisas clínico-qualitativas em serviços de saúde.

[1] Minha pesquisa, que deu origem à dissertação de mestrado intitulada *Assistência às Pessoas em Situação de Crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte* (Silva, 2009), foi realizada durante o curso de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), em 2008, sob a orientação dos professores Creuza Azevedo e Paulo Amarante, e teve as práticas de assistência às pessoas com sofrimento mental em situação de crise como objeto de investigação.

O termo 'qualitativa' designa as pesquisas cujo interesse central são os sentidos e as significações que um indivíduo em particular ou determinado tecido social atribuem aos fenômenos da realidade que lhes dizem respeito. Uma das características das investigações qualitativas é que ouvir e observar os sujeitos em situação cotidiana requer, por parte do pesquisador, um trabalho simultâneo de interpretação ou compreensão. Significa dizer que o pesquisador não pretende revelar, como desfecho da pesquisa, uma essência ou a verdade sobre o objeto investigado, mas procura produzir, ao longo do trabalho, uma leitura do objeto conforme o enfoque teórico-metodológico adotado e a sua própria subjetividade em questão (Turato, 2003).

Procurarei, desse modo, explicitar o percurso metodológico da pesquisa que realizei em dois Centros de Referência em Saúde Mental (Cersams) de Belo Horizonte, expondo desde a escolha dos dois serviços pesquisados, os primeiros contatos com os sujeitos da pesquisa, passando pela explicitação das estratégias de investigação adotadas e o seu manejo durante o trabalho de campo até o plano de análise do material empírico. Tenciono assim contribuir especialmente com os leitores que desejam dar início à experiência do trabalho de campo, sobretudo em serviços de saúde, tendo a perspectiva psicossociológica como norte teórico-metodológico.

A pesquisa teve como objetivos compreender as representações dos profissionais sobre o Cersam e os sentidos do seu projeto assistencial; compreender a concepção e o imaginário desses profissionais sobre crise; identificar os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários presentes nas suas ações assistenciais; conhecer os recursos assistenciais utilizados pela equipe e os limites e desafios vividos pelos profissionais no cotidiano assistencial.

Antes da exposição do desenho metodológico da pesquisa, cabe apresentar alguns pontos teóricos da abordagem psicossociológica, a fim de evidenciar alguns dos conceitos que nortearam o percurso, orientando-me nos momentos de entrada, permanência e saída do campo de pesquisa. Assim, o capítulo se divide em duas partes. A primeira expõe a psicossociologia francesa como abordagem clínica para a pesquisa de campo; a segunda revela, de maneira pormenorizada, o desenho metodológico utilizado.

Psicossociologia Francesa: uma abordagem clínica para a pesquisa

A psicossociologia francesa surgiu na década de 1950, a partir do trabalho de um grupo de psicossociólogos franceses dentre os quais se destacaram Eugène Enriquez, André Lévy, Jean Dubost, André Nicolaï, Max Pagès, Guy Palmade e Jean Claude Rouchy. Os pesquisadores vinham de diferentes disciplinas: psicologia social (Dubost, Lévy e Pagès), sociologia e direito (Enriquez), economia (Nicolaï), pedagogia (Palmade) e psicanálise (Rouchy), o que conferiu à psicossociologia francesa, desde seu início, caráter transdisciplinar na abordagem de seus múltiplos referenciais teóricos (Machado & Roedel, 1994). É Lévy (1994a: 111) quem alerta: "uma primeira observação, de ordem geral, impõe-se: (...) é impossível, hoje, falar de orientações da psicossociologia e de psicossociólogos, sem evocar seus vínculos com outras disciplinas e outros atores sociais".

Conforme Araújo (2004: 14), um dos representantes da psicossociologia no Brasil, esta disciplina

> nasceu e se afirma num lugar de encruzilhada teórica e metodológica. É uma disciplina de articulações entre campos distintos do saber e se apoia na premissa de que todo objeto, mesmo em sua especificidade e singularidade, comporta uma problematização múltipla, o que demanda do pesquisador um exercício permanente de reflexão interdisciplinar.

Do seu período inaugural até o momento atual, a psicossociologia francesa passou, segundo Dubost (1994), por uma transição teórica e metodológica na forma de conceber e investigar o sujeito, o grupo, o vínculo grupal e a questão da mudança nas organizações. Após a criação da Associação pela Pesquisa e Intervenção Psicossociológica (Arip), em 1959, na França, a intervenção psicossociológica, até então inspirada por perspectivas lewinianas, rogerianas e morenianas, foi ganhando um caráter cada vez mais clínico, principalmente devido à influência da psicanálise.

Na análise de Barus-Michel (2004), a herança essencial da psicanálise é a clínica. A clínica, construída a partir das lições da prática psicanalítica, considera o sujeito como dotado de palavra, portador de discursos e legítimo ao expressar seu desejo.

> A psicanálise não somente aprendeu a reconhecer um sujeito naquilo que teria podido permanecer um objeto, um caso, mas também fez ouvir

> sua polissemia, ou seja, os vários níveis de sentidos contraditórios que sua divisão admite, alguns dos quais não acedem à palavra. Isso significava que a clínica não podia contentar-se em ser uma simples coleta de sintomas, mas devia ser capaz de recolher todas as mensagens que a situação fazia eclodir. (Barus-Michel, 2004: 42)

Conforme Lévy (2001), o discurso pode sofrer mudanças, percebidas pelo surgimento de novas "modalidades discursivas" que, por sua vez, interferem na realidade, modificando-a. Assim, o discurso emitido por um sujeito, membro de uma organização, é uma produção ao mesmo tempo individual e coletiva. Valorizado na sua capacidade de representar a dinâmica de uma organização e de construir sentidos para ela, o discurso é também considerado o material capaz de desvelar a realidade social com seus conflitos.

Nas organizações, os sujeitos realizam um trabalho de pensamento que visa a fornecer explicações ou sentidos para a experiência vivida, seja pela via da razão ou da imaginação. Para Lévy (2001: 15), "orientada para a descrição de processos e de sua análise, a abordagem clínica da organização se constrói, pois, em volta de uma interrogação maior, concernente às relações dinâmicas entre organização e produção de sentido".

Uma questão mencionada mais de uma vez tanto por Lévy quanto por Enriquez, conforme lembram Castro e Araújo, é que

> em todo projeto grupal, seja num grupo intolerante, seja num grupo democrático, cada sujeito está perseguindo, isolada ou coletivamente, a eterna questão do sentido. Em outras palavras, a ação grupal deve encobrir um vazio, ela deve ser *doadora de sentido*, livrando o indivíduo e o grupo de um 'desespero' impossível de suportar. Digamos isso de outra maneira: se o inconsciente 'desconhece' o tempo e a morte, ele desconhece também, por analogia, o vazio de sentido de qualquer projeto e de qualquer ação. (Castro & Araújo,1994: 20, grifo dos autores)

Contudo, a questão dos sentidos do projeto grupal, na análise de Lévy, não significa o fechamento do grupo em um discurso único e homogêneo. Lévy (1994b), em sua experiência com pesquisa e intervenção psicossociológicas, compreende o discurso de cada sujeito como a expressão real de um vivido e analisa cada discurso como revelador do lugar ocupado por quem o enunciou. Daí a existência de discursos diferentes e até concorrentes dentro dos grupos e organizações. Assim, o autor contraria a expectativa das pesquisas que, independentemente da maneira como são conduzidas, visam a encontrar uma

homogeneidade nos discursos, uma explicação unívoca ou um sentido único para o projeto de um grupo, organização ou sociedade.

A abordagem psicossociológica de Lévy implica uma reviravolta de perspectiva, ou seja, ao invés de coletar os discursos dos sujeitos para somá-los, ordená-los, decodificá-los e, depois, reduzi-los a uma representação geral do projeto grupal, Lévy empreende um esforço para preservar íntegros os discursos, reconhecendo não só o que os aproxima, mas também o que os distancia: suas diferenças, clivagens, oposições e contradições. Sob essa ótica, os discursos podem revelar múltiplas representações e sentidos singulares ao projeto grupal ou organizacional conforme a experiência vivida ou o lugar ocupado por cada sujeito.

Essa perspectiva contribuiu, na pesquisa por mim realizada, para dar visibilidade, durante o processo de análise das entrevistas, aos elementos discursivos que, em outra abordagem teórico-metodológica, teriam sido desprezados por serem considerados discrepantes, excessivos, subjetivos demais ou apenas uma exceção.

Quanto à leitura psicossociológica das organizações, Enriquez (1997) propõe compreender a organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário. Como sistema cultural, a organização ofereceria um sistema de normas e valores a ser adotado por seus membros. Teria a função de guiar as condutas e ditar um modo de apreender o mundo, gerando hábitos de pensamento e de ação. A organização desenvolveria, assim, um processo de formação – no qual cada membro se definiria em relação ao ideal proposto – e um processo de socialização dos diferentes atores, visando a selecionar os 'bons' comportamentos e desempenhando, portanto, um papel no recrutamento ou na exclusão de seus membros. Essas características seriam fundamentais para a preservação da organização e para a definição de sua identidade. A falta de identidade definida impediria tanto os seus membros quanto sua clientela de percebê-la com clareza e de aceitar seus ditames.

Como sistema simbólico, a organização refere-se aos seus mitos fundadores e unificadores, aos ritos de iniciação, de passagem e de execução que ela produz e aos heróis que ela ergue. A partir desses elementos, a organização produziria uma narrativa, contaria uma saga – a sua história –, fornecendo um manancial de sentidos e significados para seus membros. Esses elementos – mitos, ritos, heróis – viveriam na memória coletiva, atuando como referência e permitindo aos membros legitimar certas práticas.

Para entender a organização como sistema imaginário, é preciso resgatar a noção de imaginário social de Enriquez. O autor elabora seu conceito de imaginário social com base na leitura das obras de Castoriadis sobre a dinâmica imaginária na sociedade e a dialética criação/alienação, e de Freud, particularmente *Psicologia de Grupos e Análise de Ego*, reconhecendo os mecanismos de identificação e de idealização como fundamentais para o desenvolvimento do vínculo grupal, do projeto comum e para a circulação do imaginário social dentro da organização (Azevedo, 2005).

Nos escritos filosóficos de Castoriadis, Enriquez encontrou as formulações a respeito do "imaginário radical instituinte", das "significações imaginárias sociais" e do "imaginário social instituído" nas sociedades (Machado, 2002).

Sinteticamente, o imaginário radical instituinte seria o processo de autocriação, isto é, a capacidade que cada coletividade humana teria para criar linguagem, costumes, ideias, formas de família etc. Nas coletividades humanas existiria uma potência de criação, pois cada indivíduo seria portador de uma imaginação criadora ou imaginação radical. O que diferenciaria o homem dos demais viventes seria essa imaginação radical: fonte inesgotável de significações, fluxo espontâneo e incontrolável de representações, de afetos e de desejos (Machado, 2002). As significações imaginárias sociais (SIS), ou simplesmente imaginário social, seriam as imagens, as significações, as formas institucionais e representações fruto da imaginação criadora, do imaginário radical instituinte que cada sociedade possui. Depois de criadas, as SIS apareceriam como dadas, instituídas, haja vista o processo de socialização que, em toda sociedade, tende a reprimir a imaginação radical, instalando a conformidade e a repetição. Assim, teríamos o imaginário social instituído, expressando as representações sociais que se tornaram rígidas, sagradas, instituídas. O imaginário social instituído, conforme Castoriadis (2004: 130),

> assegura a continuidade da sociedade, a reprodução e repetição das mesmas formas que a partir daí regulam a vida dos homens e que permanecem o tempo necessário para que uma mudança histórica lenta ou uma nova criação maciça venha transformá-las ou substituí-las radicalmente por outras.

Em relação à leitura da obra freudiana, Enriquez destacou os mecanismos de identificação e de idealização. A identificação, como processo psíquico, permitiria a um sujeito assimilar características do Outro, tido como ideal.

Esse processo propiciaria o estabelecimento de um laço (investimento) afetivo de um indivíduo com outro, representando a possibilidade do vínculo social. No âmbito das organizações, a identificação é o que permite aos sujeitos o sentimento de inclusão e pertencimento, fazendo-os se reconhecerem como membros da organização. A idealização, por sua vez, possibilitaria aos sujeitos fazerem um investimento afetivo num mesmo objeto (causa, projeto, organização etc.), tornando-o admirável ou perfeito. A idealização é um processo no qual ocorre uma tendência de falsificação do julgamento sobre a realidade. Pode ser descrita como uma 'fascinação' ou 'servidão' em relação ao objeto cujas qualidades ou valor seriam elevados à categoria de perfeição (Freud, 1976). Esse processo permitiria aos sujeitos partilharem a mesma ilusão, a mesma ideologia, o mesmo imaginário social. No âmbito das organizações, a idealização é o que permite ao grupo propor e sustentar um projeto comum, "ela é o elemento que dá consistência, vigor e 'aura' excepcional" tanto ao projeto quanto ao grupo que o elaborou (Enriquez, 1994: 57).

O imaginário social é entendido por Enriquez (1994: 57) como "uma certa maneira de nos representar aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, aquilo que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir". Nesse sentido, a organização como sistema imaginário refere-se às representações compartilhadas por seus membros sobre ela própria, a um sistema de interpretação da realidade capaz de sustentar as práticas de seus membros.

A organização como sistema imaginário comporta também, na leitura de Enriquez, a questão dos ideais, dos afetos e dos desejos, estes últimos compreendidos como desejos inconscientes, conforme a orientação freudiana, que, em seu fundamento, não estariam ligados a objetos reais, mas sim a fantasias (Laplanche & Pontalis, 2001).

O Caminho Metodológico da Pesquisa a partir do Referencial Psicossociológico

Passo agora para a exposição do desenho metodológico da pesquisa, explicitando os passos executados desde a escolha dos serviços até o plano de análise do material empírico.

Lembrando que minha pesquisa de campo foi realizada em dois Cersams de Belo Horizonte, cabe informar que Cersam foi o nome que receberam os

serviços 'substitutivos' em saúde mental em Belo Horizonte; em outras cidades do país são conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e em Santos, SP, são chamados de Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps).

Caps, Naps e Cersams são serviços advindos do processo de transformações no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil. Processo também conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado em meados da década de 1980 num contexto de redemocratização do país (Amarante & Torre, 2001).

Os Cersams nasceram com a proposta de substituir o hospital psiquiátrico, criados segundo os princípios da desinstitucionalização proposta pelos italianos, isto é, a desinstitucionalização como 'desconstrução' do manicômio, bem como de seus saberes, práticas e cultura, a fim de transformar os modos como as pessoas com sofrimento mental são tratadas. Neles, o trabalho assistencial tem como premissas o tratamento em liberdade e a reinserção social da pessoa com sofrimento mental. O trabalho terapêutico, portanto, é compreendido como um conjunto complexo e cotidiano de estratégias voltadas para o resgate das pessoas com sofrimento mental como sujeitos sociais (Rotelli, 2001).

Os Cersams têm como prioridade atender as urgências, acompanhando adultos com sofrimento mental em situação de crise. Assim, responsabilizam-se pelas pessoas que antes eram referenciadas aos hospitais psiquiátricos, isto é, os Cersams se constituíram como referência de tratamento e resposta à crise aguda para aqueles que antes tinham como porta de entrada o manicômio.

Em seu funcionamento, os Cersams trabalham com a lógica do acolhimento, ou seja, qualquer pessoa que se dirija ao serviço é prontamente atendida por um dos seus profissionais que se revezam no plantão, mas só é inserido no serviço aquele que se enquadra na clientela priorizada, ou seja, adultos com sofrimento mental em momento de crise.

Os Cersams funcionam 24 horas, todos os dias da semana, oferecendo "hospitalidade noturna", o que os torna serviços com perfil mais semelhante ao dos centros de saúde mental de Trieste (Itália) e dos Naps de Santos, que inspiraram o projeto político de saúde mental de Belo Horizonte.

Campo da pesquisa

Antes de informar como se deu a escolha dos dois Cersams, cabe revelar que em sua origem a pesquisa tencionava se estender a apenas um Cersam. Contudo, a partir do primeiro contato com o campo – especificamente com

a coordenação municipal de saúde mental com o propósito de obter autorização para a realização da pesquisa –, foi-me solicitado realizar a pesquisa em dois Cersams. Apoiando-me no referencial psicossociológico, interpretei o pedido como uma demanda, ou seja, a pesquisa não fora apenas autorizada pela coordenação, mas suscitou interesse ou expectativas quanto ao alcance de seus objetivos.

A escolha dos dois Cersams para realizar o trabalho de campo foi definida com base no critério a que denominei "maturação institucional", ou seja, procurei escolher dois serviços com momentos diferentes de implantação. Por isso, orientei minha escolha para um Cersam mais antigo, mais experiente, inclusive em relação ao funcionamento 24 horas, e outro mais recente, um dos últimos a ser inaugurado no município.

A hipótese que me conduziu à escolha desse critério foi a de que o Cersam mais antigo expressaria práticas assistenciais mais consolidadas e um projeto assistencial mais definido, ao passo que o mais jovem provavelmente expressaria práticas assistenciais menos instituídas e um projeto assistencial em construção. Ou seja, a hipótese era a de que o fator tempo exerceria influência sobre os sentidos atribuídos ao projeto assistencial e sobre os modos de produzir cuidado.

Servindo-me desse critério, seria possível observar "as práticas de assistência aos pacientes em crise", objeto da pesquisa, em dois serviços com níveis de maturação diferentes. O trabalho de campo realizado em dois Cersams, um antigo e outro jovem, permitiria apreendê-los em sua complexidade, como universos distintos, expressando particularidades ou singularidades na maneira de representar e assistir as pessoas em situação de crise.

Escolhidos os Cersams, optei por chamá-los de Cersam X e Cersam Y, pretendendo, assim, preservar ao máximo a identidade dos sujeitos da pesquisa. Para o trabalho de campo, empreguei duas estratégias de investigação: a observação participante e as entrevistas em profundidade. A escolha dessas duas estratégias foi orientada pelos próprios objetivos e objeto da pesquisa e pelo fato de ambas estabelecerem uma relação de complementaridade. A observação participante permitiria investigar o objeto da pesquisa – "as práticas de assistência às pessoas com sofrimento mental em situação de crise"–, ao passo que as entrevistas em profundidade permitiriam uma aproximação do imaginário dos profissionais sobre crise, possibilitariam acessar suas repre-

sentações sobre a organização e os elementos teórico-conceituais, ideológicos e imaginários que estariam embasando suas práticas assistenciais – objetivos da pesquisa. Ainda cabe lembrar que o manejo de ambas as estratégias de investigação foi orientado pela perspectiva psicossociológica.

Observação participante

No primeiro contato com os gerentes dos Cersams, o propósito era apresentar-lhes a proposta da pesquisa, os objetivos, as estratégias de investigação e minha forma de inserção em campo.

Depois, a proposta da pesquisa foi apresentada para os profissionais dos dois Cersams em suas respectivas reuniões de equipe. Esse momento me permitiu estabelecer um primeiro vínculo com os profissionais e expor-lhes não só o objeto e os objetivos da pesquisa, mas também alguns detalhes relevantes do trabalho de campo: como seria realizada a observação participante, como seria a dinâmica das entrevistas e os aspectos éticos a serem respeitados.

Em uma leitura psicossociológica, esse primeiro contato com os profissionais permitiu anunciar alguns elementos de minha implicação com o campo, isto é, definir o próprio lugar a ser ocupado por mim, as atribuições e os limites desse lugar. Nas palavras de Dubost (1994: 173), a implicação situa-se, primeiramente, "na análise do sistema de lugares, na referência ao próprio lugar ocupado, ou que se tenta ocupar, e, sobretudo, ao que lhe é atribuído"; diz respeito ao "lugar daquele que solicita algo no campo onde ele próprio se encontra e sobre as relações que ele mantém com os outros agentes do sistema".

A questão da implicação também é analisada por Barus-Michel (2004). Para a autora, o pesquisador cuja pesquisa envolve sujeitos deve manejar, desde o primeiro contato, sua implicação. A autora concebe a implicação em termos de transferência e contratransferência, ou seja, o pesquisador deve reconhecer que seu 'objeto' só se mostra a ele sob os tipos de reação que ele mesmo suscita, podendo-se chegar a dizer que "o que se obtém nunca é senão o fruto da relação" (Barus-Michel, 2004: 41).

Assim, a relação estabelecida com os profissionais – bem como seus acasos e imprevistos – permeou todo o trabalho de campo nos Cersams. Tão importante quanto observá-los no cotidiano da assistência foi manejar constantemente minha própria presença nesse contexto relacional, tentando não causar constrangimentos, desconfortos ou um sentimento persecutório

nos profissionais, avaliando o quanto minha presença estaria propiciando ou dificultando o trabalho de campo.

O manejo da minha implicação demandou, inclusive, reconhecer os efeitos, em termos de afetos, em mim produzidos, não só no contato inicial com os profissionais, mas na relação estabelecida durante todo o trabalho de campo. Receber um "bom dia" acompanhado de um sorriso ou de um gesto amistoso ou, ao contrário, perceber um cumprimento seco, acompanhado de pouca receptividade ou uma atitude pouco cortês não significou estar imune a reações contratransferenciais, ainda que não fossem exteriorizadas. Entretanto, ao invés de constituírem obstáculos para o trabalho de campo, os afetos contratransferenciais serviram como um termômetro das relações estabelecidas, ajudando-me no manejo da implicação que poderia ser feito.

Para apreender melhor o cotidiano da assistência em cada Cersam, optei por um regime de imersão, ou seja, realizei visitas diárias aos serviços, incluindo uma visita em fim de semana e período noturno em cada um deles.

A fim de atender ao objeto e objetivos da pesquisa, procurei seguir um roteiro para a observação participante envolvendo dois momentos. No primeiro, que se estendeu ao longo das duas primeiras semanas, realizei uma observação mais livre, permitindo-me perceber a arquitetura, os espaços, o funcionamento geral dos serviços, a movimentação dos profissionais e sua relação com o espaço. Procurei, nesse momento, permanecer nos espaços de maior circulação, como pátios, corredores, varandas, recepções, enfim, locais onde pude tornar minha presença mais diluída e fazer uma observação mais geral da rotina assistencial. Observava a chegada e a saída dos pacientes; o contato dos profissionais, sobretudo da enfermagem, com os pacientes inseridos em permanência-dia; o uso do transporte do serviço. E a dinâmica de alguns dispositivos institucionais de comunicação e reflexão das práticas: as passagens de plantão; as reuniões de equipe; as reuniões de microárea e as supervisões clínicas.

Esse primeiro momento da observação participante foi especialmente importante para diminuir as estranhezas – tanto de profissionais quanto de pacientes inseridos no serviço – com a minha presença. Uma aproximação gradativa com os profissionais foi ocorrendo à medida que minha presença se tornava familiar, o que dava abertura para proceder ao segundo momento da observação participante.

No segundo momento, que se estendeu até a minha saída do campo, a observação foi mais dirigida, acompanhando de perto, quando possível, os profissionais nas oficinas terapêuticas, nos acolhimentos de urgência do plantão, em alguns atendimentos ambulatoriais, além de algumas intervenções pontuais dos profissionais junto aos pacientes em permanência-dia e durante o pernoite ou hospitalidade noturna. Nesse segundo momento, pude direcionar a observação para as cenas assistenciais mais intimistas, aquelas realizadas entre as quatro paredes de um consultório ou da própria casa dos pacientes quando em visitas domiciliares.

Tendo a abordagem psicossociológica como referencial teórico e o objeto e objetivos da pesquisa como norteadores da observação participante, o segundo momento significou, para além de seguir um roteiro, dirigir um 'olhar' para a dinâmica assistencial, as formas de estabelecer e manter os vínculos sociais com os pacientes e entre os profissionais no cotidiano, entendendo que o cuidado do paciente em crise também se expressa pela qualidade do vínculo construído. Significou realizar uma 'escuta' do campo, uma escuta da linguagem compartilhada pelos profissionais, das metáforas usadas e seus sentidos, das formas de falar sobre o sofrimento do outro ou sobre o próprio sofrimento, ou seja, uma escuta das formas de interpretar as vivências no campo da assistência à crise.

De todo modo, a observação em campo exigiu-me um esforço para acompanhar as práticas assistenciais dos profissionais no cotidiano, e mesmo observando-os diariamente não era possível, em alguns momentos da dinâmica assistencial, assistir ao desfecho de um caso, presenciar algumas intervenções pontuais, observar a chegada tumultuada de um paciente em crise. Além disso, havia momentos nos quais não era possível ou oportuno interromper o profissional para lhe perguntar o que se passava e situações em que a atuação dos profissionais era muito rápida, envolvendo muitos deles, e nos quais o acesso ao espaço da intervenção era restrito, o que impedia a minha presença.

Em todos esses casos, o acesso a determinados registros escritos em documentos dos dois Cersams foi fundamental. Tais documentos – por exemplo, os prontuários, nos quais os profissionais registram suas impressões sobre o paciente, suas condutas terapêuticas e a evolução dos casos e o livro de comunicação interna, no qual os profissionais, especialmente quando em plantão, registram as ocorrências importantes de cada turno, a chegada de pessoas em

situação de crise, a indicação de alguns casos para pernoite no serviço e o registro de como os pacientes passaram o pernoite – permitiam-me preencher algumas lacunas. Isso me ajudava a reconstituir uma cena assistencial, a ficar a par de um encaminhamento dado a um paciente, a tomar ciência de uma conduta acordada em equipe numa reunião-relâmpago ou a me inteirar de uma tomada de decisão do plantão sobre a condução de um caso.

Toda a observação participante foi acompanhada das anotações em diário de campo. Alguns registros foram feitos durante a própria ocorrência dos eventos (reuniões de equipe, supervisões clínicas, passagens de plantão), ao passo que outros foram feitos *a posteriori* (atendimentos a pacientes, visitas domiciliares, conversas informais com os profissionais, as reações diante do convite para entrevista, situações emergentes durante algumas entrevistas).

A utilização do diário de campo permitiu-me registrar informações mais objetivas (rotinas, escala de plantonistas, número de profissionais, de leitos de pernoite, por exemplo) e de informações mais subjetivas, advindas das minhas impressões e percepções sobre os sujeitos em situação no que se referia ao objeto da pesquisa – as "práticas cotidianas de atenção aos pacientes em situação de crise". Mas me permitiu também o registro das minhas impressões sobre o encontro com os sujeitos da pesquisa, numa perspectiva "contratransferencial", e dos afetos sentidos por mim nas situações vividas em campo.

Nesse sentido, o uso do diário, sobretudo posteriormente à observação, não apenas possibilitou um trabalho de reconstituição das cenas e das situações observadas, mas também permitiu um trabalho reflexivo do meu próprio modo de observar e interagir em campo. Assim, o registro em diário de campo demandou certo rigor, exigindo um uso sistemático desde o primeiro até o último dia de visita ao campo.

Entrevistas em profundidade

A entrevista em profundidade foi a modalidade de entrevista utilizada em minha pesquisa de campo. Embora utilize um roteiro como guia, a entrevista em profundidade visa à produção de uma narrativa pelo entrevistado.

A narrativa, na perspectiva psicossociológica, representa uma cena do sujeito, como um teatro interior no qual o sujeito narra o passado, mas com um olhar atual, buscando dar-lhe sentido (Giust-Desprairies *apud* Azevedo, 2005). No ato narrativo, o sujeito se encontra diante de sua história, podendo

'trabalhá-la', contá-la como deseja, realizando um trabalho argumentativo e imaginário sobre os fatos do passado, conectando-os ao presente, idealizando o futuro, sempre em busca de sentido. Além disso, conforme Giust-Desprairies (*apud* Azevedo, 2005), o ato narrativo é, simultaneamente, a construção de uma história e seu endereçamento ao outro. O sentido origina-se, portanto, em um contexto 'entre-dois'. Nesse aspecto, a situação de entrevista constitui, conforme a abordagem psicossociológica, um espaço intersubjetivo.

Assim, durante a entrevista, procurei ocupar um lugar de facilitador para a realização de um trabalho de reconstrução, a partir do ato narrativo, das histórias profissionais, o que permitiu aos entrevistados expressarem suas vivências no campo da saúde mental, suas experiências com o acolhimento e a assistência às pessoas em situação de crise, bem como os êxitos alcançados, as dificuldades superadas, as surpresas, os medos, as expectativas e as desilusões que lhes marcaram o percurso. A situação de entrevista também abriu espaço para a revelação de valores e crenças, a expressão de sentimentos e ressentimentos, os desejos de reconhecimento e as angústias do entrevistado em sua individualidade.

Contudo, em se tratando de organizações, a entrevista também coloca o entrevistado na condição de porta-voz da instância grupal, permitindo, assim, o acesso ao imaginário coletivo, ou seja, a apreensão de representações partilhadas pelo grupo. O porta-voz de um grupo é "o membro que em um momento denuncia o acontecer grupal, as fantasias que o movem, as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo" (Pichon-Rivière *apud* Azevedo, 2005: 121), é aquele que não fala só por si, mas fala em nome do outro, em nome do coletivo.

A título de orientação, defini três roteiros de entrevistas que, além de contemplarem a temática da pesquisa e seus objetivos, permitiram abranger questões mais próximas às vivências e lugares ocupados pelos entrevistados. Defini um roteiro para a entrevista com um dos três coordenadores municipais de saúde mental, outro para os gerentes dos dois Cersams escolhidos e um terceiro para os profissionais da assistência.

Considerei os roteiros como um apoio, bastante flexível, cujo sentido se deu somente em ato, ou seja, durante a situação de entrevista. Tendo-os na memória, tencionei dar à entrevista um tom de conversa, apoiando-me na perspectiva psicossociológica e na visão de Schraiber (1997: 47), que afirma,

sobre o roteiro, que "deve-se percorrê-lo subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a sequência das questões que o entrevistado produz".

Na entrevista com um dos três coordenadores municipais de saúde mental tive como objetivo obter informações e percepções a respeito da política de saúde mental ao qual se vinculam os Cersams e outros serviços da rede de saúde mental de Belo Horizonte.

Nas entrevistas com os gerentes tencionei compreender a singularidade de cada serviço, obter informações sobre a sua história, entendendo que a história de uma organização expõe elementos simbólicos e expressa sua instância mítica (Enriquez, 1997), ou seja, seus mitos fundadores, seus feitos heroicos, suas lideranças, revelando, assim, um imaginário organizacional ou possíveis representações sobre o serviço.

Nas entrevistas com os profissionais da assistência, por sua vez, procurei apreender suas trajetórias pessoais no campo da assistência em saúde mental, compreender suas concepções e visões sobre a crise, suas representações sobre o serviço e sobre suas próprias práticas e conhecer os valores, as crenças, os elementos teóricos, ideológicos e imaginários que embasavam suas práticas.

Utilizei dois critérios para orientar meu convite aos profissionais para as entrevistas, os quais deveriam:

- ser profissionais vinculados ao serviço e estar envolvidos diretamente na assistência ao paciente em situação de crise, o que incluiu profissionais com formação em nível superior e nível médio (auxiliares de enfermagem), preterindo-se, desse modo, os profissionais em formação (estudantes em estágio ou residência) e aqueles ligados às atividades administrativas e de limpeza, copa (alimentação), transporte ou portaria (recepção);
- exercer práticas assistenciais nos Cersams escolhidos para pesquisa há pelo menos um ano, tempo que, supus, significaria maior possibilidade de reflexão e narrativa sobre as práticas cotidianas no serviço.

Os profissionais foram convidados individualmente para as entrevistas e estas ocorreram em local, data e horário por eles definidos. Foi realizada apenas uma entrevista com cada sujeito da pesquisa.

Foram realizadas 12 entrevistas no primeiro Cersam – com o gerente, dois auxiliares de enfermagem e nove técnicos de nível superior – e 19 entrevistas no

segundo Cersam – com o gerente, três auxiliares de enfermagem e 15 técnicos de nível superior. Somada a entrevista com um dos coordenadores municipais de saúde mental, ao todo foram realizadas 32 entrevistas.

A *priori*, para limitar o número de entrevistas a serem feitas durante o trabalho de campo, pautei-me por um critério bastante usual em pesquisas qualitativas: o critério de saturação, isto é, o convite aos profissionais para as entrevistas seria cessado quando "as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começa[ssem] a ter uma regularidade de apresentação" (Minayo *et al.*, 2007: 48). Contudo, logo abandonei o critério de saturação ao notar que, mesmo já tendo verificado uma reconstituição do objeto de investigação no conjunto do material, cada entrevista figurava como um dado novo, apresentando uma novidade ou um elemento distinto das demais.

Assim, realizei quantas entrevistas foram possíveis enquanto estive em campo – seguindo apenas os critérios de inclusão já citados –, concordando com Schraiber (1995) a respeito da não obrigatoriedade do critério de saturação e apoiando-me na perspectiva de Lévy (1994b), que, em sua experiência com intervenção psicossociológica, abandonou a busca de uma reconstituição do objeto na qual 'palavras-fetiche' ou 'termos-fetiche' representariam de maneira fictícia sua unidade. Nessa perspectiva, a escuta das questões particulares ou 'desviantes', aparentemente menores e pouco passíveis de saturação, permitiria reconhecer percepções, explicações e sentidos múltiplos que indicassem a complexidade do objeto de investigação.

A duração das entrevistas subordinou-se à disponibilidade dos entrevistados, considerando que o tempo disponível era sempre limitado por outras demandas em suas agendas e também por sua disposição para o trabalho narrativo. A maioria delas sofreu interrupções, fosse para o entrevistado atender ao telefone, fosse para atender um paciente ou um colega que necessitasse discutir um caso do plantão, mas nada que impedisse seu prosseguimento. A entrevista que mais sofreu interrupções foi a de um dos gerentes que optou por conversarmos no pátio; sujeita a ruídos e demandas dos vários pacientes que estavam ao nosso redor, a entrevista sofreu seis interrupções.

A escolha por um local ruidoso – desfavorável à comunicação e à gravação da entrevista – ou por um local sujeito a interrupções –, desfavorável ao desenvolvimento de linha de raciocínio, à construção de nexos e ao aprofundamento das questões abordadas – ou, ao contrário, por um local onde a entrevista

pudesse ocorrer com mais privacidade, olho no olho – favorecendo a produção de uma narrativa e de seu sentido – permitiu-me, embasada na perspectiva psicossociológica, algumas interpretações da relação pesquisador-entrevistado.

Uma primeira interpretação foi a de que, considerando o próprio objeto e os objetivos da pesquisa e sabendo que esta teria seus resultados divulgados em forma de uma dissertação ou publicação, eu poderia imaginariamente ocupar um lugar de suposto avaliador das práticas e, por isso, despertar ações defensivas em alguns entrevistados.

Outra interpretação foi a de que, entendendo a situação de entrevista como espaço intersubjetivo, em que emergem os processos identificatórios e contratransferenciais, a entrevista exposta a condições desfavoráveis revelaria uma resistência ao vínculo e à implicação com o outro. E ainda, a entrevista realizada em condições favoráveis a um 'entre-dois', ao contrário, sugeriria a possibilidade de se criar e sustentar vínculos com o outro e para o reconhecimento do espaço da entrevista como oportunidade de reflexão e de escuta.

Com pelo menos quatro profissionais a situação de entrevista não só atingiu o objetivo de produzir uma narrativa, mas cumpriu um papel de escuta do sofrimento e de produção de espaço para desabafos dos entrevistados. Duas entrevistas me deixaram particularmente sensibilizada quando os entrevistados revelaram, bastante emocionados, que iriam embora do Cersam. Um deles decidira sair da organização por se sentir cansado e desiludido com os rumos do projeto assistencial, explicando que a falta de reconhecimento do trabalho e a falta de visibilidade das especificidades profissionais pela atual gestão acabavam por afetar quem mais precisava do cuidado – o paciente. O outro se afastaria em breve, em virtude do término de seu contrato, e estava antecipando o luto de sua saída. Pesaroso, dizia sentir que ainda teria muito a contribuir com o serviço e que investira bastante em sua formação para trabalhar no campo da saúde mental.

Nessas duas entrevistas, particularmente, mas também em outras, de modo menos expressivo, chama a atenção o fato de os entrevistados continuarem seus relatos terminada a gravação. Pode-se dizer que outra entrevista acontecia depois de desligado o gravador. As falas nesses momentos eram mais descontraídas e o profissional se mostrava à vontade para revelar alguns episódios de sua vida pessoal, comentar suas impressões sobre minha presença no serviço, perguntar quantos profissionais já havia entrevistado, e assim por diante.

Conforme Lévy (1994b), trata-se dos efeitos secundários das entrevistas, ou seja, os efeitos produzidos sobre os sujeitos entrevistados devido à própria situação de tomada da palavra.

Se por um lado o espaço das entrevistas pôde oferecer oportunidade de reflexão e de elaboração psíquica para alguns entrevistados, por outro a sua realização também foi cercada de dificuldades. Em alguns casos, as sucessivas remarcações ou esquecimentos da data agendada foram gerando em mim certo mal-estar. Embora uma das minhas intenções nesta pesquisa tenha sido dar a palavra aos profissionais, dar visibilidade ao trabalho realizado por eles, paradoxalmente, algumas dificuldades se apresentaram para que fizessem uso desse espaço e tomassem a palavra.

Um dos profissionais convidados para entrevista aceitou prontamente o convite, preferindo marcar a data assim que retornasse de suas férias. Retornando das férias, pareceu ter se esquecido de agendar a data. Passados quatro dias de seu retorno, resolvi retomar o convite ao profissional, que expressou uma reação pouco amistosa, perguntando: "Mas hoje?". Diante da informação de que poderia ser na data que lhe fosse conveniente, o profissional preferiu não agendar, completando: "Depois eu vejo o dia melhor". Contudo, não tocou mais no assunto durante o tempo em que estive no serviço. Decidi não insistir mais no convite, entendendo a dificuldade em agendar uma data como uma evitação.

Outro profissional preferiu agendar a entrevista para o dia em que estaria no plantão, explicando que poderíamos conversar enquanto não chegasse nenhum paciente para acolhimento. Entretanto, as demandas ao plantão chegavam a todo momento, de modo que a entrevista foi desmarcada três vezes até ser realizada.

Na leitura de Azevedo (2005), agendar uma entrevista significa estabelecer um compromisso ou um contrato com o pesquisador e sua pesquisa e, portanto, suas sucessivas desmarcações ou adiamentos podem ser compreendidos como resultado, em alguns casos, de um processo de ataque ao vínculo.

Todas as entrevistas foram gravadas, conforme previsto nos termos de consentimento assinados pelos entrevistados, para posterior transcrição. O uso do gravador permitiu, por um lado, uma análise mais minuciosa das narrativas, visto que na viva voz ficaram registradas também as pausas, as expressões de entusiasmo, crítica ou ceticismo por meio de suspiros ou entonações de voz

do entrevistado. Por outro lado, a presença do gravador como um terceiro participante introduz "a consciência de que o fiel retrato da narrativa e na forma exata de sua enunciação está se tornando público" (Schraiber, 1995: 72). Durante o trabalho de campo, ao ser convidado para a entrevista, um profissional perguntou quem teria acesso à gravação, comentando: "É porque a gente fala algumas coisas, né?". Informado de que as gravações seriam transcritas por mim e que o anonimato dos entrevistados seria garantido, o profissional aceitou o convite, marcando uma data em sua agenda. Certa inibição ou preocupação em se expor também caracterizaram os primeiros minutos de algumas entrevistas, mas à medida que estas prosseguiam em tom de conversa e tendo o termo de consentimento assinado como um compromisso ético entre os envolvidos, a tensão se diluía e a presença do gravador não se constituiu em obstáculo.

O plano de análise do material empírico

O trabalho de campo implica a presença por inteiro do pesquisador, isto é, com a sua experiência anterior com relação ao objeto da pesquisa, com seus posicionamentos e com os conhecimentos já adquiridos, o que significa assumir, portanto, que também na análise do material empírico o pesquisador estará presente com sua temporalidade, sua experiência (ou pouca experiência) e sua história. O momento de elaborar o plano de análise de todo o material empírico, advindo das anotações em diário de campo e das transcrições das entrevistas, foi o momento de mergulhar mais profundamente no referencial teórico da psicossociologia francesa, buscando, inclusive, nos diversos autores que fundamentaram essa abordagem, relatos de pesquisa e intervenção que pudessem me auxiliar nessa etapa.

Para facilitar a análise do material empírico, defini duas unidades de análise e algumas categorias analíticas que preferi chamar de categorias de 'escuta'. As duas unidades de análise foram as 'cenas assistenciais', obtidas na observação participante, e as 'narrativas' dos profissionais, obtidas nas entrevistas em profundidade.

A cena assistencial constituiu-se em uma unidade de análise complexa, pois sua análise demandou incorporar os discursos e os atos em dinâmica situacional, com seus efeitos de superfície, sem deixar de considerar os seus "desconhecimentos" (Enriquez, 2001: 57; Barus-Michel, 2004: 113), ou seja, os

elementos implícitos, não declarados ou nem sempre declaráveis, os não ditos – as crenças, os valores, as idealizações, as pressões, as imposições, as pulsões, as fantasias, os medos – que também são produtores de sentidos ou, talvez, de não sentidos e de contradições na assistência. A análise das cenas assistenciais só foi possível a partir da minha implicação com o objeto da pesquisa.

A implicação aqui, na etapa da análise, deve ser compreendida como "a capacidade de se dispor ao sentido, de acolhê-lo e, em primeiro lugar, admiti-lo ali onde ele nos atravessa, o que é a melhor oportunidade para atingi-lo" (Barus-Michel, 2004: 126). Nesse aspecto, a leitura e a releitura dos meus diários de campo não só possibilitaram uma revivescência das cenas assistenciais observadas e dos seus sentidos, mas também me permitiram ressignificar o porquê de algumas cenas terem me deixado sensibilizada ou mobilizada. Trata-se de reconhecer que o pesquisador está ligado ao seu objeto pelo que este o afeta ou não afeta, ou, nas palavras de Barus-Michel (2004: 123), é "uma característica das ciências humanas o fato de o pesquisador estar implicado em seu objeto pela diferença e pela semelhança que o ligam a este".

Já a análise das narrativas se processou a partir das releituras sucessivas de cada uma delas, visando a dominar o todo de cada uma. Esse trabalho é fundamental para que o pesquisador possa "impregnar-se de cada todo" e realizar, posteriormente, uma abordagem do conjunto de narrativas (Schraiber, 1995: 72). Contudo, para realizar uma análise do conjunto de narrativas, pautei-me na perspectiva de Lévy (1994b), ou seja, ao invés de procurar ordenar, decodificar e, enfim, reduzir o conjunto de narrativas a uma representação geral ou discurso dominante, busquei reconhecer, dentre as narrativas, não só aquilo que as aproximava, mas também o que as distanciava: os diferentes posicionamentos, concepções e visões dos sujeitos, as oposições e até as contradições no que se referia ao objeto e aos objetivos da pesquisa.

Assim, para a análise das 'cenas assistenciais' e das 'narrativas', empreendi um esforço de 'escuta' do material empírico, procurando perceber seus emergentes – relativos ao objeto e objetivos da pesquisa – e produzir um diálogo, mesmo sabendo-o inacabado e interminável, entre a empiria e a teoria.

A 'escuta' do material empírico foi orientada por algumas categorias de 'escuta' ou 'argumentos de escuta', como sugere Sá (2005: 141), previamente definidas, tais como as concepções dos profissionais sobre crise e as visões e concepções sobre o Cersam e sua proposta assistencial, a fim de identificar

o imaginário organizacional. Contudo, ao longo da análise do material empírico, novos 'argumentos de escuta' emergiram, transcendendo os próprios objetivos da pesquisa, mas sem perder o foco do objeto, tais como o papel do técnico de referência no cuidado do paciente em situação de crise; a psicanálise como ferramenta teórica privilegiada para orientar as práticas assistenciais; a questão do reconhecimento do trabalho e suas repercussões na assistência; a importância do trabalho em equipe e de uma 'formação' para o profissional que atua no Cersam.

Em resumo, a análise do material empírico foi orientada: pelo objeto e objetivos da pesquisa; pelo cruzamento das informações obtidas mediante as estratégias de investigação da pesquisa; pelos referenciais teóricos e conceituais da pesquisa, sobretudo na leitura que eles permitiam fazer sobre as categorias de 'escuta'. Em relação a este último item – os referenciais teóricos e conceituais da pesquisa –, a leitura de Enriquez (1997) e de Barus-Michel (2004) foi fundamental, porquanto ambos os autores propõem um plano de análise das organizações.

Enriquez (1997), ao conceber a organização como sistema cultural, simbólico e imaginário, propõe sete níveis ou 'instâncias' – mítica; histórico-social; institucional; organizacional (ou estrutural); grupal; individual; pulsional – para realizar a análise da organização e compreender as ações de seus membros. Em linhas gerais, as sete instâncias conduzem, respectivamente, à análise: da história da organização; da sua ideologia, representada pelas crenças e ideais partilhados por seus membros; do seu sistema de normas, regras e proibições; do seu modo de funcionamento; do projeto comum de seus membros, de seu sistema de valores e de seu imaginário organizacional; do impacto das condutas individuais, sua parcela de originalidade e autonomia, dos mecanismos de defesa – como, por exemplo, a negação da realidade –; das expressões da pulsão de morte – como, por exemplo, a compulsão à repetição, o ataque ao vínculo e a agressividade interna – e dos afetos e investimentos.

Conforme o autor, os sete níveis não seriam camadas, estágios ou patamares em profundidade da organização:

> esses níveis representam bem as instâncias (no sentido freudiano do termo) que definem as partes diferentes de uma mesma estrutura global e que são pensáveis unicamente em interação umas com as outras (...) ainda que, à primeira vista, somente algumas delas apareçam e mesmo

> se algumas dentre elas não são exploráveis (pelo fato dos mecanismos de defesa das pessoas ou da impossibilidade técnica de recolher informações para sua enunciação). (Enriquez, 1997: 143)

Já Barus-Michel (2004), em sua experiência com pesquisa e intervenção em "grupos de prática" – termo que adota para se referir às equipes, especialmente as de saúde –, propõe uma "grade de leitura da instituição" com o propósito de auxiliar a descrição da organização e a análise das práticas de seus "atores".

A grade à qual a autora recorre comporta duas colunas ou "séries verticais" e três linhas ou "níveis horizontais", formando seis quadros. Cada quadro aborda um conjunto de elementos institucionais, o que permite uma leitura da organização que vai do nível macro ou "nível superior" – por exemplo, o quadro denominado "exterioridade/anterioridade" explora a descrição do contexto político e ideológico que precede e preside o lugar da organização no sistema social e explora a história de implantação da organização –, passando pelo "nível médio" – o quadro que aborda o "formal/interno", ou seja, o funcionamento da organização e seus processos de trabalho – até chegar ao nível micro ou "nível inferior" da grade – por exemplo, o quadro que trata do "manifesto informal", ou seja, os "ditos" e os "agidos" e o quadro que explora as "pessoas e investimentos", isto é, os mecanismos de defesa, os afetos, as pulsões e necessidades.

Entre os elementos da grade de leitura há, conforme a autora, uma interdependência, e para a análise das práticas devem-se confrontar esses diferentes elementos a fim de revelar complementaridades, contradições, determinações e interações entre os níveis. Nesse sentido, a grade tem uma estrutura, mas remete a uma dinâmica.

As sete instâncias propostas por Enriquez (1997) e a grade de leitura da instituição proposta por Barus-Michel (2004) guardam semelhanças entre si, de modo que uma proposta de análise não contradiz a outra; ao contrário, estabelecem um diálogo e ajudam a conformar um caminho para a análise do material empírico dentro da perspectiva psicossociológica.

Referências

AMARANTE, P. & TORRE, E. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58): 26-34, maio/ago., 2001.

ARAÚJO, J. N. G. Uma clínica do sujeito plural. *In*: BARUS-MICHEL, J. (Org.). O *Sujeito Social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2004.

AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BARUS-MICHEL, J. O *Sujeito Social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2004.

CASTORIADIS, C. *Figuras do Pensável: as encruzilhadas do labirinto VI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASTRO, E. M. & ARAÚJO, J. N. G. Análise social e subjetividade. *In*: MACHADO, M. N. da M. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

DUBOST, J. Notas sobre a origem e a evolução de uma prática de intervenção psicossociológica. *In*: MACHADO, M. N. da M. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. *In*: MACHADO, M. N. da M. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

ENRIQUEZ, E. Instituições, poder e desconhecimento. *In*: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta, 2001.

FREUD, S. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* [1921]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud)

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LÉVY, A. A psicossociologia: crise ou renovação? *In*: MACHADO, M. N. da M. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994a.

LÉVY, A. Intervenção como processo. *In*: MACHADO, M. N. da M. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994b.

LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MACHADO, M. N. M. Psicanálise e política no pensamento de Castoriadis. *Revista Psicologia Política*, 2(4): 297-304, 2002.

MACHADO, M. N. M. & ROEDEL, S. Apresentação. *In*: MACHADO, M. N. da M. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. *et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. revista e atualizada. Petrópolis: Vozes, 2007. (Temas Sociais)

ROTELLI, F. A instituição inventada. *In*: NICACIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29(1): 63-74, 1995.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina Tecnológica e a Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas*, 1997. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SILVA, F. M. *Assistência às Pessoas em Situação de Crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

TURATO, E. R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

9
O Imaginário Organizacional e o Cuidado Possível em um Hospital Público de Emergência

Marilene de Castilho Sá

Este texto tem sua origem na pesquisa realizada para a minha tese de doutorado (Sá, 2005), cujo objetivo geral era conhecer, em um hospital de emergência, os limites e possibilidades que os processos intersubjetivos definem para o exercício da solidariedade, para o desenvolvimento da cooperação e para a produção do cuidado com a vida. As reflexões aqui apresentadas relacionam-se a um dos objetivos específicos da pesquisa: conhecer o imaginário compartilhado pelos profissionais sobre o hospital estudado, sobre seu trabalho e sobre a população atendida, examinando os possíveis impactos sobre os vínculos que os sujeitos estabelecem entre si e com a organização, bem como suas consequências sobre a qualidade das práticas assistenciais.

A pesquisa de campo foi realizada entre maio de 2002 e março de 2004, em um hospital geral com emergência da rede pública de serviços de saúde do Rio de Janeiro, tendo como orientação teórico-metodológica a abordagem clínica psicossociológica de pesquisa.

As estratégias de investigação envolveram:

- um estudo exploratório, que contemplou a realização de reuniões com a equipe ou membros da equipe de direção do hospital e a participação em reuniões do colegiado de direção do hospital; visita a todos os setores do hospital e entrevistas individuais com profissionais do Serviço de Emergência, da Porta de Entrada e das enfermarias;

- a pesquisa na Porta de Entrada – incluindo o Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) e o Serviço de Emergência – realizada por meio de observações participantes no SPA e no Serviço de Emergência, reuniões com membros da equipe de direção do hospital/gerência da Porta de Entrada, observações dos atendimentos aos pacientes e entrevistas em grupo com profissionais da saúde da Porta de Entrada/Emergência.

Para ilustrar a aplicação da abordagem clínica psicossociológica de pesquisa em um serviço de saúde, forneço a seguir alguns detalhes do processo de pesquisa, desde a entrada em campo até os caminhos da análise. Do mesmo modo, ao longo da descrição do material empírico apreendido nas observações e entrevistas, registro algumas impressões e sentimentos que indicam, de certo modo, minhas implicações com o objeto da pesquisa e o modo como a interação com os sujeitos, as situações e cenas presenciadas me afetaram, resultando igualmente, ao lado de meus argumentos teóricos de escuta, em importantes recursos de análise e interpretação das cenas e falas registradas.

Caminhos da Investigação

No início da pesquisa, ainda na fase exploratória, as reuniões com a equipe de direção – quatro reuniões com a equipe ou membros da equipe de direção do hospital e a participação em duas reuniões ordinárias da direção (uma reunião das chefias médicas e uma reunião do colegiado de direção do hospital) – e as visitas a todos os setores do hospital tiveram por objetivo obter informações gerais, o perfil do hospital, sua capacidade instalada, quadro de pessoal, principais projetos em andamento, principais problemas, dados sobre a demanda, dinâmica geral de funcionamento dos vários setores, organograma, principais mecanismos e processos gerenciais. Também nesses contatos, defini, junto com a equipe de direção, a sequência dos setores do hospital que percorreria no estudo exploratório, tendo decidido iniciar, por sugestão de alguns da equipe (sugestão que, posteriormente, pude perceber se tratar de uma demanda implícita de intervenção) pela "principal Porta de Entrada do hospital": a Emergência, incluindo a equipe do projeto Porta de Entrada que atuava na Emergência e no SPA.

Os primeiros entrevistados, num total de 13, foram os profissionais do Setor de Emergência e do projeto Porta de Entrada:[1] seis médicos, três enfer-

[1] Havia no hospital um projeto de reestruturação/humanização da Porta de Entrada.

meiros, dois assistentes sociais, dois recepcionistas. Para a escolha dos entrevistados, adotei o seguinte procedimento: inicialmente pedi ao coordenador da Emergência e à gerente da Porta de Entrada que me indicassem alguns profissionais das várias categorias. Depois, pedi aos próprios entrevistados que me indicassem outros, e assim sucessivamente.

Com essas entrevistas, objetivei obter uma primeira aproximação do imaginário hospitalar. Foram entrevistas abertas, seguindo um desenho semiestruturado, nas quais o entrevistado era convidado a falar, o mais livremente possível, sobre a temática organizada nos seguintes eixos: sua visão sobre o hospital; o seu trabalho no hospital; a população atendida.

Em seguida foram realizadas 18 entrevistas com os profissionais das enfermarias de pediatria, clínica médica e ortopedia, sendo oito médicos, quatro enfermeiras e seis auxiliares de enfermagem. Essas entrevistas seguiram o mesmo desenho e estratégia das anteriores. Cabe destacar que, no caso das enfermarias, alguns profissionais, ao me verem entrevistando os colegas, solicitaram ser entrevistados, o que considerei um indicador de sua demanda por escuta.

Paralelamente a essas entrevistas, fui iniciando uma avaliação preliminar do material já levantado (registros de reuniões e entrevistas com o pessoal da Emergência e do projeto Porta de Entrada). Essa avaliação me fez perceber o caráter estratégico da Porta de Entrada do SPA e da Emergência para o hospital e também para as questões que me guiavam na pesquisa, além de reconhecer a demanda implícita, por parte da equipe de direção, para que eu concentrasse a pesquisa naquele setor. Assim, no final de 2002, tomamos a decisão de 'restringir' o projeto de investigação às portas do SPA e da Emergência. Desse modo, o material levantado nas enfermarias foi trabalhado procurando-se apreender apenas as questões relativas à Porta de Entrada e ao imaginário organizacional.

A pesquisa na Porta de Entrada se iniciou com as observações participantes, num total de 18, com duração aproximada de quatro horas cada uma, realizadas na recepção do SPA e da Emergência, na triagem da enfermagem, no registro de pacientes, na espera (filas e sala de espera), nas dependências do SPA e da Emergência. Paralelamente às observações, foram realizadas 17 reuniões com membros da direção do hospital diretamente envolvidos com a Porta de Entrada: diretor, diretora médica, coordenadora da Emergência, gerente de qualidade, gerente da Porta de Entrada. Nessas reuniões, situações

e cenas observadas na dinâmica de funcionamento do serviço eram trazidas para discussão.

Após essas etapas – e já conhecendo com suficiente profundidade a rotina e a dinâmica de funcionamento dos setores estudados, bem como já tendo um bom conhecimento da maior parte dos profissionais –, iniciei as observações dos atendimentos prestados aos pacientes mediante uma estratégia de observação a que denominei "observação longitudinal de pacientes". Tal estratégia consistia em acompanhar um paciente, com seu consentimento informado e com permissão dos médicos diretamente envolvidos, em todo o seu percurso pelo hospital, desde sua chegada no SPA ou no Setor de Emergência, passando pelos atendimentos e consultas até sua saída. Foram observados longitudinalmente nove pacientes.

Por fim, realizaram-se quatro entrevistas, que inicialmente se propôs que fossem em grupo, envolvendo sete profissionais da Porta de Entrada e da Emergência. Nessas entrevistas, com duração de aproximadamente uma hora, solicitava-se aos profissionais que falassem o mais livremente possível sobre a Porta de Entrada, sobre seu trabalho ali e sobre a população atendida. Algumas questões mais específicas surgiram a partir do movimento dos próprios entrevistados, levando-me a retomar suas falas, por exemplo, sob a forma de perguntas ou ainda resumindo e retornando para os entrevistados, ao final da entrevista, as principais questões e/ou impressões que dali emergiram, buscando escutar suas reações sobre esse material devolvido.

Foram previstas cinco entrevistas, mas realizadas apenas quatro, das quais participaram um total de sete profissionais – um enfermeiro, três enfermeiras, duas médicas e um assistente social – e cada um participou apenas uma vez, de modo que, das quatro entrevistas, duas aconteceram com apenas um profissional presente. Essa baixa adesão às entrevistas em grupo pode ser em parte explicada pela própria dinâmica de funcionamento da Emergência/Porta de Entrada, onde é difícil o afastamento do profissional diante da pressão da demanda; pelo fato de as entrevistas terem coincidido com um momento de crise política na gerência da Porta de Entrada; e por terem ocorrido falhas no processo de convocação/convite aos profissionais. No entanto, também é preciso considerar o quanto a situação grupal mobiliza ansiedades e fantasias entre os sujeitos, representando desafios quanto à utilização do dispositivo grupal para a realização de entrevistas.

Todo o material relativo às observações participantes, reuniões, entrevistas etc. foi registrado em um diário de campo, em duas versões: uma manuscrita, com pequenas notas 'telegráficas', tomadas no momento das observações, e outra digitalizada, em versão expandida, reconstituindo em detalhes as observações manuscritas feitas em campo. Esse diário continha ainda observações sobre a minha 'entrada' no hospital; estratégias de contatos com os vários atores/sujeitos da pesquisa; impressões; dúvidas, eventuais dificuldades ou questões sobre as minhas implicações e relações com as situações vividas; cenas observada; as interações com os sujeitos da pesquisa. Tais registros, que trazem a perspectiva 'contratransferencial' da pesquisadora com relação às situações vividas no campo, foram igualmente importantes para jogar alguma luz sobre a problemática central da pesquisa e o modo como esta se manifestava nas diversas falas e cenas aqui reconstruídas.

Para a análise do material empírico, procurei empreender um esforço de 'escuta' do material, buscando observar o que dele se destacava como principais emergentes que permitissem ir tecendo a análise – costura sempre frágil e interminável dos fragmentos recolhidos/recortados e também de como estes me afetavam como sujeito –, de modo que algumas costuras ou laços entre empiria e teoria pudessem ser feitos, trazendo, talvez, novos sentidos para ambas.

O que procurei fazer foi buscar definir previamente não categorias analíticas, mas "argumentos de leitura", como sugere Schraiber (1997), ou melhor, como poderíamos chamar numa perspectiva clínica, argumentos de 'escuta' do material empírico produzido. Tomando por referências as questões centrais da pesquisa – os desafios da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida nos serviços de saúde – e alguns processos/formações psíquicos e sociais que, a meu ver, definem os limites e possibilidades daquelas (como as modalidades contemporâneas de subjetivação, os processos de identificação, de idealização e ilusão, o sofrimento psíquico no trabalho e a problemática do reconhecimento nos serviços de saúde), optei por iniciar a análise do material a partir da identificação, nas falas, diálogos e cenas cotidianas observadas, do 'imaginário' (expresso em imagens, metáforas, alegorias, significações, fantasias, histórias...) sobre o hospital, sobre o trabalho no hospital, particularmente sobre o trabalho na Porta de Entrada e também sobre a população atendida.

Esses foram inicialmente meus argumentos de leitura ou de 'escuta' do material. A rigor, foram esses argumentos que guiaram meu olhar e meus ou-

vidos durante todo o tempo em que participei da vida do hospital. Produzindo imagens próprias, singulares, daquela realidade hospitalar, tais argumentos de escuta me facilitaram o encontro ou o 'deslocamento' entre as questões teóricas e minha problemática de pesquisa. A partir dessas imagens, produzidas por esses argumentos de escuta sobre o material empírico, outras imagens ou outros argumentos surgiram, emergentes já de certa análise do material. Tais elementos expressam o trânsito entre empiria e teoria, como o 'desamparo', a 'carência', o hospital 'do passado e do presente', o hospital 'casa-família-escola', entre outros. Esses emergentes já surgem como uma produção dos sujeitos da pesquisa, na e através da pesquisa. Destacaram-se do conjunto de imagens e representações por cumprirem funções psíquicas – ou por evidenciarem certos processos psíquicos – extremamente importantes para aquele conjunto intersubjetivo representado pelos trabalhadores do hospital, bem como por ajudarem a compreender a problemática aqui investigada.

O Hospital Estudado[2]

Uma 'porta aberta' no 'fim da linha'

O hospital onde a pesquisa foi realizada, que aqui chamaremos Hospital João Silva,[3] está localizado na cidade do Rio de Janeiro. É um hospital geral, público, com serviço de emergência 24 horas por dia e um SPA funcionando 12 horas por dia. Possuía, na época da pesquisa, 198 leitos, sendo o único hospital geral com emergência em sua área programática, responsável por uma população de, aproximadamente, 1 milhão e 200 mil habitantes.

Trata-se de um hospital muito antigo (no início da pesquisa tinha 67 anos) que teve a maior parte de sua existência marcada pela fama de suas extremamente precárias condições de funcionamento. Tendo passado por uma importante reestruturação física ao fim da década de 1990, desenvolveu um projeto de organização de sua Porta de Entrada, com foco na 'humanização'.

A despeito da melhoria de suas condições tecnológicas e materiais em comparação com um passado de extrema precariedade, o hospital, como praticamente todos os da rede pública de saúde do Rio de Janeiro, passava

[2] Parte do material apresentado neste item e no próximo já foi publicada em Sá & Azevedo, 2010.

[3] Nome fictício, usado garantir o sigilo sobre a identificação do hospital e, ao mesmo tempo, possibilitar que as reproduções das alusões dos entrevistados ao hospital sejam mais próximas do tom coloquial por eles utilizado.

por imensas dificuldades. Estas incluíam a baixa autonomia gerencial, o desabastecimento e a interrupção frequente da prestação de serviços – ora em virtude de atrasos no pagamento de fornecedores e prestadores de serviços terceirizados responsáveis por funções essenciais como limpeza, vigilância e alimentação, ora em virtude de atrasos no pagamento de servidores – e contratação precária de profissionais.

Em virtude de sua localização e das deficiências e má distribuição dos serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro, o Hospital João Silva se constituiu, historicamente, em um "hospital fim de linha", expressão colhida entre alguns profissionais, isto é, grande parte da população que ali vai buscar atendimento já 'peregrinou', sem sucesso, por várias unidades da rede. Muitos vêm de outros municípios.

É interessante observar os múltiplos sentidos que a expressão 'fim de linha' pode comportar, indicando, por exemplo, tanto a localização geográfica do hospital (o último ao qual se chega) como sua posição em uma ordem de preferência da população (o último ao qual se recorre, devido a algum tipo de 'avaliação' de qualidade – aludindo à degradação ou decadência). Em contrapartida, 'fim de linha' também pode ser uma referência ao fim da busca, já que, segundo alguns profissionais, a despeito das dificuldades que o hospital ainda enfrenta para prestar uma boa assistência, vem se consolidando entre a população uma imagem (uma 'fama') de que "deste hospital ninguém sai sem ser atendido", e "bem atendido", no dizer de alguns: "Porque o João Silva está atendendo todo mundo... flui tudo pra cá... fica difícil..." (Enfermeiro da Porta de Entrada), ou "A voz corre e nosso público aumenta... temos cardio, temos endoscopia, temos material para trabalhar, a ortopedia está cheia..." (Médico, chefe de plantão da Emergência). Para outros profissionais, no entanto, ser 'fim de linha' torna o atendimento compulsório, independentemente da existência de condições: "Aqui é tipo final de linha: Você vai mandar pra onde?... É muito isso... colegas, outros serviços, os bombeiros... querem se livrar do problema deles aqui" (Médica, chefe de plantão da Emergência).

As múltiplas portas do hospital

Quem entra e circula pela primeira vez no hospital encontra certa dificuldade para se orientar nos seus vários e, em alguns casos, circulares, corredores. Essa desorientação, pelo menos no meu caso, durou algum tem-

po. Comentei com alguns profissionais a respeito dessa dificuldade e soube que é comum, tendo acontecido com muitos deles, pois a planta física não facilita a circulação.

As características da planta, a localização de determinados serviços, o espaço físico insuficiente para a demanda e a deficiência da sinalização tornam confusos e, em alguns casos, problemáticos, os fluxos de pessoas e materiais, comprometendo, em certas situações, as condições de assepsia e, de todo modo, com prejuízo para o conforto e bem-estar de usuários e trabalhadores. Um dos exemplos de inadequação da planta é a localização do serviço de documentação médica ao final do corredor que corta todo Serviço de Emergência, fazendo com que parentes de pacientes e outras pessoas estranhas ao serviço tenham que passar por dentro da Emergência, invariavelmente superlotada, por entre as macas com pacientes alinhados ao longo do corredor, para buscar alguma documentação.

O hospital ocupa o espaço de um pequeno quarteirão. É formado por um conjunto de prédios. São quatro as entradas do hospital e cinco as portas de acesso ao bloco principal. A existência de cinco portas de acesso ao bloco principal contribui para a dificuldade no controle da circulação de pessoas e na garantia de segurança. A planta também não favorece a circulação entre o SPA e os setores de diagnóstico, farmácia e ambulatório.

O pátio que separa a Emergência e o SPA é o mesmo acesso por onde entram e saem os pacientes, as ambulâncias, os demais veículos. Tal pátio, onde se localizam a espera do atendimento do SPA e da Emergência, é também a única via por onde são transportados para o necrotério os cadáveres de pacientes falecidos nas enfermarias ou no Serviço de Emergência.

Assim, pela porta de entrada da Emergência/SPA do hospital estudado, entram e saem, diariamente, pacientes e acompanhantes; visitantes; médicos, enfermeiros e funcionários em geral; moradores de rua – que vêm procurar abrigo nos bancos da varanda do SPA ou nas cadeiras da espera do Serviço de Emergência e utilizar seus banheiros –; bombeiros e policiais, trazendo feridos da violência urbana; fornecedores de materiais e suprimentos em geral etc. Além de Porta de Entrada, o caminho funciona também como Porta de Saída de todos os transeuntes, assim como dos mortos.

Trata-se de um espaço onde são cotidianas as aglomerações, as filas, as macas com pacientes ao longo dos corredores da Emergência superlotada,

os movimentos bruscos e desorientados no pátio, as queixas, reclamações, lamúrias, choros e gritos. Um espaço invadido, dia a dia, pelo sofrimento e pela violência em suas múltiplas formas.

Filas e Macas nos Corredores: o desamparo na porta de entrada do hospital e sua dinâmica (questões emergentes e perspectivas de análise)

No SPA, os bancos raramente são suficientes para os pacientes que aguardam a triagem. A fila se estende pelo pátio, com os pacientes no sol ou na chuva, às vezes ultrapassando os limites do portão do hospital. A aglomeração de pessoas na varanda que abriga a espera para a triagem geralmente torna difícil a circulação no local e o trabalho das recepcionistas, que é orientar os pacientes que chegam e auxiliar a enfermagem na identificação mais rápida das urgências/emergências. A sensação que se tem, muitas vezes, é que a demanda 'transborda', ultrapassando em muito a capacidade de atendimento. Uma vez, o vigilante que costumava ficar sempre na porta da sala da triagem, ao saber da razão de minha presença ali, perguntou, apontando para o aglomerado de pessoas que quase nos espremiam contra a parede: "Então, qual a conclusão [da pesquisa]? Passa a régua?".

À precariedade e à insuficiência das instalações físicas e dos recursos do hospital somam-se a precariedade e a miséria de grande parte da população que ali vem buscar atendimento. Ao meu lado, encostada na parede e agachada, uma mulher, que aguardava sua vez na triagem com duas crianças pequenas, comia uma espécie de torta salgada e alimentava também os filhos. Usava as mãos para partir os pedaços da torta. Suas mãos e unhas estavam sujas. Quando sorriu, vi que não tinha os dentes da frente. Essa cena me mobilizou muito, assim como a de uma mãe que pediu à enfermagem para "passar uma aguinha" na chupeta de seu bebê que havia caído no chão imundo da varanda. Tais ocasiões me fizeram pensar que, cotidianamente, os profissionais que trabalham no SPA/Emergência se veem frente a frente com uma demanda que dificilmente conseguem suportar, não apenas pelo volume, mas pela diferença de mundos a que cada uma das partes pertence. Ou melhor, pelo não pertencimento de grande parte da população ao universo social e simbólico de grande parte dos que ali trabalham.

O espaço destinado ao registro de pacientes, no SPA, parece representativo das vivências de ameaça dos profissionais com relação à população e ao mesmo tempo das humilhações e violências simbólicas cotidianas a que a população costuma ser submetida nos serviços públicos aos quais recorre. Num pequeno guichê voltado para a varanda do SPA, sentam-se dois funcionários, separados da população atendida por placas de vidro. Para a comunicação entre os funcionários e os pacientes só existem duas aberturas pequenas, circulares, no vidro, uma em frente a cada funcionário. Essas aberturas ficam, no entanto, muito acima das cabeças dos pacientes. Assim, os funcionários nem sempre escutam bem o que dizem os pacientes e vice-versa. Por sua vez, os pacientes mais baixos têm que se curvar sobre o guichê para falar através da fresta que há entre o balcão e o vidro, por onde passam os boletins de atendimento e outros documentos.

Uma das cenas que mais me causaram impacto ocorreu em um plantão em que não havia nenhum clínico geral atendendo no SPA. A fila para o SPA ultrapassava o portão do hospital, com os pacientes aguardando no sol. A maioria dos que aguardavam na sala de espera do SPA eram pacientes idosos. Segundo a gerente da Porta de Entrada, só havia uma médica clínica geral atendendo: esta se encontrava no setor de Emergência, onde eles seriam atendidos, mas estavam aguardando ali por ser mais confortável, pois na espera do Serviço de Emergência não havia onde se sentar. Quase duas horas após esse diálogo, vi os pacientes idosos saírem da sala de espera, um após o outro, e serem conduzidos por uma funcionária, numa disciplinada fila indiana, com as mãos no ombro um do outro, passando pela aglomeração do lado de fora, em direção à Emergência. Ao registrar essa cena, posteriormente, em meu diário de campo, vieram-me à lembrança algumas situações narradas no livro *Ensaio sobre a Cegueira*, de José Saramago (2001). Inicialmente, atribuí a associação às situações de caos e de desumanidade narradas na obra, mas conclui que há mais elementos para explicar a associação. Ela remete à angústia, à aflição que senti diante das aglomerações e filas, onde as pessoas, assim como no romance de Saramago, estão imersas em situações de desinformação, de não saber, de estarem 'no escuro', 'às cegas' quanto a seus destinos, perguntando-se se serão ou não atendidas, quando e por quem; perguntando-se se alguém as enxerga e as ouve, se seu sofrimento e a urgência de seu caso poderão ser reconhecidos em meio a tantos outros, ao tumulto e à indiferenciação das queixas e dores.

Essa cena da fila indiana de pacientes idosos é, no meu entender, emblemática. Uma alegoria da situação de desamparo – e também de passividade – da população nos pátios e corredores dos hospitais de emergência do Rio de Janeiro.

Ao ultrapassar a porta que separa a recepção da Emergência de suas salas, chega-se a um *hall*, onde quase sempre se encontram encostadas macas com pacientes com quadros leves, tomando soro ou alguma medicação e aguardando avaliação para liberação. Nesse espaço, também é comum haver macas com pacientes considerados "casos sociais" (população de rua, desnutridos, desidratados, alcoólatras etc.).

Tornando o cenário quase dantesco, o Serviço de Emergência tem apenas um leito de isolamento e são frequentes as queixas de profissionais a respeito da permanência, nos corredores e na sala de repouso, de pacientes tuberculosos 'multidrogarresistentes'.

Cada uma das salas do Serviço de Emergência – emergência pediátrica, grande emergência (GE)[4] e a sala de trauma ou politrauma[5] – comportaria, com razoáveis condições de trabalho, em torno de seis a oito leitos. No entanto, estão invariavelmente superlotadas, especialmente a GE, com macas colocadas entre os leitos e encostadas à parede, obstruindo o espaço de circulação e 'transbordando' para fora da sala, acumulando-se ao longo de todo o corredor.

Apesar de conhecê-lo bem, passar pelo corredor da Emergência sempre me causava mal-estar. Nunca consegui caminhar muito devagar por entre tantas macas com pacientes gemendo ou parecendo padecer por falta de cuidado; alguns às vezes sem um lençol que os cobrisse, ou um cobertor nos dias de frio; alguns de fralda, idosos, com cheiro de urina. Segundo um médico, a população ali atendida é "completamente maltratada, socialmente e aqui no hospital... (onde) são jogados numa maca sem coberta... comem sem talher, como bichos, tendo que cortar a carne com os dentes...".[6] Para esse médico, a situação da população fora do hospital é tão mais adversa que aceitam aquela comida e buscam ali abrigo – "Vão ficando por aqui...".

Em dias de superlotação muito acima da média (porque a superlotação é uma constante), podem-se contar mais de vinte macas ao longo dos corredores,

---

4 Destinada às emergências clínicas de adultos.

5 Reservada aos pacientes com fraturas, cortes, lesões por perfurações etc.

6 O fornecimento de refeições na Emergência é feito em embalagens de alumínio – 'quentinhas' – e com apenas uma colher, para os pacientes que podem se alimentar sozinhos.

além das que ficam espremidas entre os leitos. Nesses dias, também as macas escasseiam. Uma vez tive a oportunidade de acompanhar uma paciente que deu entrada na Emergência trazida pelos bombeiros com um deslocamento de rótula. Não havia macas disponíveis no hospital e a moça estava imobilizada, na maca dos bombeiros, com muita dor. Um dos bombeiros teve que sair à procura de uma maca, pelos corredores do hospital, e conseguiu uma sem colchão e ainda com um algodão sujo sobre ela.

Em outro dia de Emergência lotada, um paciente aguardava na cadeira de rodas. Uma das macas do corredor foi liberada e logo o paciente foi chamado para ocupá-la. Não foi feita nenhuma limpeza do colchão sobre a maca e tampouco havia lençol. O maqueiro, provavelmente preocupado com isso, virou o colchão para o outro lado, que, no entanto, estava mais sujo ainda. O paciente desocupou a cadeira e veio para a maca, mas não se deitou. Permaneceu sentado e também não reclamou. Talvez porque estar numa maca, no imaginário sobre a gravidade do caso e o tipo de cuidado necessário, significasse uma situação 'melhor' do que a cadeira: a possibilidade de receber mais cuidados ou atenção.

A superlotação da Emergência também acaba impondo, na organização do processo de trabalho da enfermagem, quebra-galhos, como os conceitua Dejours (1999a, 1999b), que se produzem como infrações ou transgressões das prescrições, em função da distância (ou da impossibilidade de identidade) entre o trabalho prescrito e o real do trabalho, e da necessidade, ou melhor, do desejo, de enfrentar este último.[7]

Em um dos plantões observados, a recepcionista comentou que a Emergência estava tão lotada que havia "corredor A, corredor B e corredor C". Referia-se à forma como a enfermagem havia 'organizado' o espaço dos corredores onde estavam as macas – à direita, à esquerda e à frente do posto de enfermagem –, facilitando sua localização e a organização do processo de trabalho, conforme a gravidade do caso: quanto mais grave, mais próximo do posto de enfermagem.

Com o intenso movimento, as pessoas passam bem próximas às macas dispostas ao longo do corredor, aparentemente indiferentes aos gritos, aos

[7] O real do trabalho é, assim, "o que resiste ao controle da situação, através de habilidade, conhecimento, experiência ou aplicação de um procedimento (...). Não há trabalho sem fracasso. O fracasso é consubstancial ao trabalho real e surge neste espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Enfrentar o real, definido dessa forma, envolve quase sempre uma infração às prescrições. Para vencer as dificuldades é preciso infringir ou transgredir. O prazer ou a satisfação resultam numa vitória sobre a resistência do real e não sobre o próprio quebra-galho" (Dejours, 1999b: 56).

gemidos e aos acenos dos pacientes. É como se os pacientes adquirissem certa invisibilidade.

> *Esse negócio de solidariedade é difícil... Você já viu esse pessoal aí largado nas macas no corredor? Ninguém olha para a sua cara! Você chama e ninguém atende... São tratados como lixo humano. Hoje passei por ali e fiquei imaginando: e se fosse eu, largada ali, sem ninguém para socorrer?* (Médica, pediatra da Emergência ao ser informada dos objetivos da pesquisa)

De todo o cenário da Emergência e do SPA, sobressaem a aflição e a angústia dos que esperam por atendimento – sem a certeza de que vão obtê-lo –, a angústia dos que esperam por notícias de seus parentes ou amigos, a angústia e o sofrimento dos profissionais, impotentes, na maioria das vezes, para dar conta de uma demanda muito além da capacidade de atendimento do hospital – uma demanda de uma população que busca muito mais do que a prestação de um serviço de saúde (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008). Uma população cuja vida precária e cujo desamparo muitas vezes têm a forma de sujeira, mau cheiro, maus-tratos, fome, feiura, tristeza, passividade e também agressividade.

Dificilmente, nesse cenário, são possíveis processos identificatórios[8] entre os profissionais da saúde e a população atendida, o que impede que os primeiros reconheçam, na precariedade e sofrimento dos pacientes, sua própria precariedade e sofrimento, o que favoreceria, como observaria Birman (2000), o laço fraterno. Nesse cenário, importantes estratégias de defesa (Dejours, 2004) são geradas para fazer face ao sofrimento que o trabalho no Serviço de Emergência e no SPA provoca e têm consequências para as possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado com o outro, bem como para o vínculo que liga os profissionais ao hospital e a seu trabalho.

Como poderemos observar, o imaginário compartilhado pelos profissionais sobre o hospital exerce um importante papel entre as estratégias de vinculação à organização e de defesa contra o sofrimento no trabalho, com impactos relevantes sobre a qualidade do cuidado ali produzido.

---

[8] Valendo-nos da abordagem psicanalítica sobre a identificação, podemos refletir sobre os limites e possibilidades do olhar sobre o outro e do cuidado com o outro nos serviços de saúde. Referimo-nos aqui à formulação freudiana do conceito de identificação, "a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa" (Freud, 1976: 133), processo central por meio do qual o sujeito – produto de múltiplas identificações – se constitui e se transforma (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 1989). O conceito de identificação na obra freudiana é, sem dúvida, um campo ainda a ser muito explorado, mas destacamos aqui sua importância para pensarmos os limites e as possibilidades da identificação entre profissionais da saúde e a população atendida nos serviços. Para que tal processo se dê, é preciso que haja o reconhecimento, no outro, de algo de si.

Uma Aproximação do Imaginário Organizacional: imagens, metáforas e significações sobre o hospital estudado

Hospital do passado e hospital do presente

A despeito das dificuldades que o hospital enfrentava, havia, na época da pesquisa, praticamente um consenso entre os funcionários quanto à melhoria significativa ocorrida, nos últimos anos, em suas instalações físicas, condições de abastecimento, equipamentos, tecnologias e quadro de pessoal.

Essas mudanças, embora não tivessem significado uma transformação radical no quadro de deficiência que ainda se verificava na Porta de Entrada do hospital, haviam possibilitado o aumento da sua capacidade resolutiva e a melhoria na qualidade dos procedimentos realizados, contrastando, sensivelmente, com as imagens dramáticas de um passado recente. No entanto, o que mais chamava a atenção era a polarização das imagens que opunham o que poderíamos chamar um 'hospital do passado', marcado pela precariedade e pelo caos, a um 'hospital do presente', considerado muito bom; para alguns, modelo, por referência a um prêmio de qualidade ganho à época. Tal imagem quase não deixava emergir, na fala de muitos entrevistados, a insuficiência técnica, material e humana, o desamparo e o sofrimento que ainda habitavam, de fato, o 'hospital do presente'.

Um dos médicos entrevistados, da Emergência, conta que quando começou a trabalhar no hospital era tudo muito difícil: "Peguei o João Silva num momento muito ruim. Faltava material, faltavam medicamentos... durante dois anos eu era o único cirurgião na equipe no meu plantão".

Outra médica, uma pediatra, da enfermaria observa:

> *Eu acho que o João Silva melhorou muito desde a época que eu estava aqui até agora (...) em outras épocas a gente era mais limitado nesta questão de medicação, agora até tem, quando pede, e alguns exames mais específicos, que a gente é meio limitado, mas tá melhorando, (...) a gente não tinha tomografia, tá chegando tomografia, a ultra a gente já tem.*

Uma auxiliar de enfermagem, que na época da entrevista trabalhava há 23 anos na Enfermaria de Clínica Médica, inicia sua entrevista dizendo que adora o hospital e destaca a dramaticidade da situação do passado com metáforas que remetem à morte e à deterioração: "Porque eu trabalho aqui desde que

isto aqui era um mausoléu! Isso aqui caía aos pedaços! Era luz sim, luz não! Tinha que acender uma vela para dar medicação para os doentes! Entrei em 78 pra cá. Era horrível!". Um dos médicos da Enfermaria de Clínica Médica masculina observa:

> *No período que nós chegamos aqui, (...) não tinha remédio, (...), acabavam os remédios, você tinha que correr (...) tinha muita gente internada fora (fora de clínica),*[9] *tinha gente internada em corredor,*[10] *os extras ficavam no corredor da Ortopedia, da Clínica Médica, era um caos total. Depois houve um período que isso acabou. Começou a ter mais medicamento (...) hemodiálise, que nós não tínhamos, conseguimos fazer um convênio (...) endoscopia que (...) vivia quebrado, tá funcionando (...) ultrassom nós não tínhamos, agora já sei que chegou um tomógrafo aí.*

Para um hospital que no passado só contava, em termos de recursos diagnósticos, com um aparelho de raios X, não possuindo nem laboratório, poder fazer exames complementares é algo realmente diferencial, em termos concretos, na qualidade da assistência, e por isso digno de destaque no depoimento de alguns médicos. Além, obviamente, do tomógrafo – ícone ou metonímia tecnológica – recém-adquirido, condensando, em várias falas, a melhor face do hospital: "Já foi bem mais precário. Ainda está aquém do que a gente gostaria, mas já melhorou bastante! Hoje a gente pode pedir assim... exames complementares. Já temos até o nosso tomógrafo!" (Médica clínica geral, da Enfermaria de Clínica Médica, trabalhando no hospital há 26 anos).

Uma enfermeira, da Enfermaria de Pediatria, quando questionada sobre as prioridades ou desafios para o hospital, fala de mais conforto, espaço e alguns insumos para os pacientes e se queixa de alguns profissionais, "que estão deixando muito a desejar (...) não estão se colocando no lugar do paciente". Queixa-se da falta de um médico permanente na enfermaria, um plantonista, para dar suporte no caso de uma intercorrência com algum paciente, especialmente no caso de uma parada cardíaca,[11] mas imediatamente parece compensar ou minimizar, em seu discurso, as deficiências do presente com a

---

[9] "Internação fora de clínica" é a expressão usada pelos profissionais da área hospitalar para designar a internação de um paciente em uma enfermaria diversa daquela adequada ao seu quadro clínico, o que ocorre em virtude da falta de leitos.

[10] Atualmente não há mais leitos/macas nos corredores das enfermarias. Estas, comparativamente ao Serviço de Emergência, são espaços de razoáveis condições de trabalho.

[11] Contam apenas com os plantonistas da Emergência, os quais devem ser acionados via telefone – nem sempre livre – ou pessoalmente, utilizando-se de elevadores antigos.

dramaticidade do passado do hospital, quando sacos de lixo substituíam fraldas descartáveis e o antibiótico ministrado aos pacientes era aquele disponível no dia, independentemente da patologia:

> *Eu cheguei numa época aqui em que a gente pegava o saco de lixo e cortava como fralda e botava (...) como se fosse fralda descartável (...). Cheguei numa época aqui em que os médicos perguntavam: 'Fulana, qual o antibiótico do dia?' (...) Então isso aí melhorou, vamos dizer, 92%. (...). O antibiótico que eles querem tem. Então é isso aí: a gente se sente assim mais confortável: 'Eu tô aqui trabalhando, mas eu sei que eu tô dando a medicação e essa criança tem tudo pra melhorar'. É claro que numa parada [cardíaca] a gente ainda tem esse buraco.*

Uma auxiliar de enfermagem, com 29 anos de casa, como ela própria diz, reconhece algumas deficiências e precariedades, mas as trata como uma realidade que, embora insatisfatória, é praticamente inevitável, faz parte da rotina ou da 'normalidade' dos serviços públicos, e compara não só o hospital de hoje com o do passado, mas a unidade em que trabalha com as demais da rede pública, para destacar a qualidade da assistência. Falando mais especificamente das condições materiais de trabalho, parece compensar, com imagens semelhantes às fornecidas pela outra enfermeira, a precariedade do presente com a dramaticidade da carência absoluta do passado e com a ideia de precariedade como norma dos serviços públicos, usando inclusive o substantivo 'precariedade' no diminutivo:

> *Sempre tem uma precariedadezinha, falta material e você tem muitas vezes que estar improvisando, mas realmente é o que acontece no hospital público, né? (...) mas já foi muito pior. (...) Agora tá maravilhoso trabalhar! Antigamente isso aqui era barra! (...) Sempre tem, sempre vai ter... Quando não é no material é na medicação, quando não é isso é o profissional que está faltando, então isso já é uma rotina no hospital público, né? A gente já leva aquilo como normal, entre aspas...*

Um médico ortopedista, com 21 anos de trabalho no hospital, também usa a ideia da precariedade ou carência sem fim do serviço público – expressa na metáfora da "panela velha", com furos irremediáveis – para contrastar com a situação atual do hospital:

> *A gente achava que no estado a saúde (...) é igual a uma panela velha: você conserta um furo e vem outro. (...) Eu hoje estou dando um serviço, (...) pode-se dizer até de ponta, (...) em termos de material ortopédico, hoje não falta nada*

> *(...) do bom e do melhor, ao nosso paciente. É lógico que tem muita dificuldade, porque num hospital de urgência é muito difícil você conseguir implantar um serviço adequado.*

Para esse médico, a relativa suficiência de recursos materiais e tecnológicos, bem como a qualificação dos profissionais, comparadas às do passado, supera a imagem do caos cotidiano da Emergência superlotada do hospital que, afirma ele com certo orgulho, não recusa doente:

> *Porque nosso hospital talvez seja um dos poucos do Rio de Janeiro que não recusam doente. (...) eu considero o Hospital João Silva hoje um dos melhores hospitais do Rio de Janeiro, eu considero, em todos os sentidos, apesar de todas as dificuldades, o atendimento, o grupo de médicos, não só da ortopedia, da cirurgia, excelente, cirurgia bucomaxilofacial, traumatismo de face... tem dois cirurgiões excelentes...*

Quando peço para falar de seu trabalho, diz que às vezes fica chateado por não conseguir dar ao paciente o atendimento adequado em função do número pequeno de médicos e de leitos, mas logo destaca a qualidade do serviço e sua realização com o trabalho:

> *... então eu gosto muito. Me identifico muito com o serviço, (...) são pessoas que dependem de nós, e isso é uma vitória você ter várias cirurgias ortopédicas, sem sequelas, sem muita infecção, até pequena, já que este é um hospital de urgência. Não temos pessoas se queixando, entrando na justiça, apesar de ser um hospital que está muito exposto, né? Como diz um colega meu, 'Isso aqui é um barril de pólvora! Nós estamos sentados em cima!'.*

No depoimento desse ortopedista, a imagem de um hospital portas abertas 24 horas – e invadido cotidianamente por uma demanda que parece ser muito maior do que sua capacidade de atendimento – emerge relativizada pela imagem de potência de um hospital que atende todo mundo, "não recusa paciente"; é "um dos melhores hospitais do Rio de Janeiro", conta com uma equipe "excelente" de médicos, com uma taxa de infecção e de sequelas de cirurgias "até pequena" para um hospital de emergência.

Apesar de potente, esta segunda imagem parece apenas superficialmente cumprir uma função de tranquilização psíquica perante as angústias de desintegração e a vivência de desamparo que a imagem da precariedade, descontrole e caos produz provavelmente no psiquismo dos que ali trabalham, insinuando-se em meio aos discursos de potência desses sujeitos

e revelando-os "muito expostos", "sentados sobre um barril de pólvora", impotentes, enfim.

Outro cirurgião geral, chefe de um dos plantões da Emergência, há 12 anos no hospital, observa:

> *Quando cheguei, era tudo muito precário, faltava material, até fio de sutura... as dependências eram muito ruins. Hoje melhorou muito. Trabalho com certa satisfação, porque tem material, CTI de apoio (...) a gente tem mais segurança... um laboratório que é básico, mas que dá segurança. (...) as pessoas sabem que aqui serão atendidas, bem atendidas, e cada vez mais procuram o hospital (...). Temos cardio, temos endoscopia, temos material para trabalhar... a ortopedia está cheia...*

Uma enfermeira, há 13 anos no hospital, retrata assim a dramática e caótica situação do hospital no passado: "Antes da reforma, as baratas passavam por cima dos pacientes! Quando caía um curativo no chão... se a luz apagasse, quando acendia era um monte de barata em cima!" Fala também do problema do descontrole quanto ao acesso ao hospital, naquela época ainda maior. Menciona as grades instaladas nas janelas das enfermarias: "Antes, cachaça e tóxico passavam lá para cima... por fora, pela janela". Conta que também "houve caso de paciente se jogar pela janela". Fala de uma época em que o hospital tinha custódia de pacientes presos e dos problemas que já tiveram com bandidos armados, invadindo o hospital, em tentativas de resgate de presos: "Hoje temos mais segurança".

É interessante observar a associação, tanto no depoimento dessa enfermeira quanto no do médico-cirurgião, entre, por um lado, as melhorias das condições físicas, materiais e tecnológicas do hospital e, por outro, um maior nível de "segurança", termo usado por ambos. No primeiro caso, do cirurgião, a questão da segurança se concentra nas condições mínimas para a garantia da realização de sua tarefa com um mínimo de êxito, reduzindo as perdas de pacientes por motivos alheios à sua competência e assim minimizando talvez o sentimento de impotência, de estar "sentado num barril de pólvora", como seu colega ortopedista. No caso da enfermeira, a segurança obtida com a melhoria das condições do hospital diz respeito à garantia de sua integridade física, conferindo-lhe certa tranquilização psíquica perante a angústia do contato cotidiano e do 'corpo a corpo' com os pacientes, numa realidade tão adversa e propícia à violência. Parece que a melhoria significativa das condições

físicas, materiais e tecnológicas do hospital veio atender, em termos psíquicos, ao desejo de potência dos profissionais, de afirmação narcísica de suas capacidades e de suas identidades, bem como de defesa contra o desamparo e as angústias de desintegração ou de "despedaçamento" (Enriquez, 1989) que a vida e o trabalho naquela organização produzem (no caso específico do hospital estudado, ameaças com fundamento não só no registro imaginário, mas real). Assim, o aumento real da potência do hospital com a melhora de suas condições materiais e tecnológicas produz certo sentimento de orgulho nos profissionais, que se veem igualmente investidos da potência do hospital.

Uma médica, lotada na Enfermaria de Clínica Médica, fala de seu orgulho por trabalhar num hospital que considera prestar bom atendimento e do poder de que se sente investida:

> *... comparado com os outros hospitais da rede, a gente consegue ter uma 'resolutividade' boa (...). As pessoas vêm aqui porque acreditam nesse poder que a gente tem, eu sinto isso. (...) Vêm aqui porque confiam mais no atendimento daqui. (...) Quando as pessoas me falavam aí eu me sentia um pouco orgulhosa.*

Esse orgulho por trabalhar no hospital se confunde com amor pelo hospital, contribuindo igualmente para que as ainda inúmeras deficiências da assistência e o drama cotidiano de suas portas de entrada não sejam tão valorizados nas falas de alguns profissionais.

O conjunto de falas aqui apresentado sobre o 'hospital do passado' e o 'hospital do presente' sugere que o caos e a miséria absoluta do passado se mantêm vivos na memória, 'iluminando' o olhar sobre o presente, não permitindo reconhecer ou enxergar muito nitidamente os problemas, funcionando, assim, como uma "heterotopia" (Santos, 1999) às avessas – um olhar sobre o presente tendo o passado como perspectiva, e não o futuro.

Nesse sentido, chama a atenção, nos depoimentos, o déficit de imagens sobre o futuro. Os funcionários, quando perguntados sobre os desafios ou perspectivas para o hospital, costumam, no máximo, acenar com expectativas de mais equipamentos, melhorias tecnológicas, como o tão falado tomógrafo, e de recursos humanos, ampliando as especialidades, como os necessários neurocirurgiões, cirurgiões vasculares, de tórax, otorrinolaringologistas etc. Não há propriamente o desenho de um projeto para o futuro. Este dificilmente se apresenta espontaneamente nas falas e, quando surge, aparece numa perspectiva incremental do presente.

Potência, segurança e proteção: um imaginário através dos tempos do hospital

O imaginário de potência, proteção e segurança anteriormente tratado não está associado apenas à melhoria mais recente das condições materiais e tecnológicas do hospital. Ao contrário, trata-se de imagens que preexistem a essas condições, em paralelo ao cenário de caos e miséria do passado, e sua força igualmente parece guiar o olhar dos funcionários sobre o presente (ou, talvez mais apropriadamente falando, desviar o olhar do presente ou de determinados aspectos deste). Tais imagens se fundavam e se apresentavam em três perspectivas: a do 'hospital dos feitos heroicos', a 'do hospital-escola' e a do 'hospital casa/família'.

O hospital dos feitos heroicos

Em parte, tal imaginário parece se fundar em uma história de heróis e feitos heroicos que este hospital, como outras organizações (Enriquez, 1997), também parece ter.[12] Em se tratando de um hospital público, em um contexto de desvalorização/descaso do governo e de insuficiência 'crônica' de recursos que marcam a história do setor Saúde no Brasil, o mais apropriado seria falar de pequenos e, na maioria das vezes, anônimos heróis, com seus cotidianos feitos heroicos, que se fizeram, no caso do Hospital João Silva, mais provavelmente devido à realidade extremamente adversa, dramática, do seu passado. Tempos em que salvar vidas, sem praticamente nenhum recurso tecnológico de diagnóstico e terapia, era algo que dependia quase que exclusivamente não só da competência, mas da dedicação, obstinação, abnegação até, e – por que não dizer? – da intuição e sorte dos médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde.

Um médico clínico geral, com vinte anos de trabalho no hospital, fala assim daqueles tempos:

> *Agora a gente tem mais meios de fazer um diagnóstico, antigamente não tinha! Antigamente a gente queria fazer um ultrassom, não tinha e não fazia! Ou então ficava pedindo pelo amor de Deus... (...) e mesmo assim você conseguia fazer muita coisa, você desenvolve raciocínio clínico, que também é uma coisa importante... não trabalhava muito com laboratório... agora mudou, mas durante esse período a gente não trabalhava com laboratório, com imagem, a*

[12] Cabe reconhecer que os hospitais públicos – especialmente os de emergência –, diferentemente de outras organizações, são, pelas condições de extrema carência/precariedade com que até hoje funcionam, palco de inúmeros e pequenos atos cotidianos de heroísmo de muitos de seus funcionários, anônimos, sem os quais, provavelmente, esses hospitais já teriam fechado suas portas.

> *única coisa que a gente tinha de imagem aqui era um raios X! (...). Tinha que se virar e muita coisa era resolvida, e bem resolvida.*

Uma auxiliar de enfermagem, com mais de vinte anos de trabalho na Enfermaria de Clínica Médica, conta com orgulho dos inúmeros pacientes que ajudou a curar quando era a única auxiliar de enfermagem, em toda a enfermaria, que fazia curativos, lançando mão muitas vezes da improvisação e de quebra-galhos (Dejours, 1999a,1999b).

> *eu já curei muita ferida abaixo de Deus! Fechei muita ferida! Muita, muita, muita. Era eu sozinha, fazendo curativo. (...) aí, quando foi em 89, que entrou um monte de pessoas concursadas, aí eu me despedi do carrinho de curativo porque eu não ia ter mais controle sobre ele, porque... ferida é igual doce: tem que um só mexer. Se o outro mexer desanda. (...) Antes era eu sozinha. (...) Nem os médicos mexiam. Quando eles queriam ver, pediam pra mim: 'Abre o curativo de fulano, que eu quero ver como é que está'. Entendeu? Eu é que inventava, fazia papa de Povidine com Rifocina... com pomada Iruxol, açúcar... quando era pra botar açúcar – eles prescreviam, claro! Conforme prescrição! Muita ferida que eu curei!...*

Conta com orgulho sobre uma senhora muito idosa, cujo braço, que iria ser amputado, foi curado por ela, a pedido da própria médica assistente da paciente.

Uma enfermeira supervisora, ao se referir às dificuldades atuais que o hospital enfrenta, resgata sua 'saga' e, com ela, os pequenos, cotidianos e reais 'feitos heroicos', os quebra-galhos, de muitos de seus trabalhadores: "Isso é um período que estamos passando. Não é a realidade do João Silva. A realidade é um hospital que briga, que tirou a cooperativa,[13] que vai para a rua, que junta no final de semana para o futebol, é a direção toda junta". Em outro momento da entrevista, alude assim à 'bravura/heroísmo' dos funcionários: "Gostaria que isto aqui melhorasse, porque a turma daqui é a turma que aguenta".

Esta saga, repleta de feitos heroicos, é relembrada por ela, mais de um ano após a entrevista. Encontrei-a na Emergência e veio me contar sobre seu último plantão, quando chegaram ao mesmo tempo 12 policiais que haviam sido baleados numa emboscada e as vítimas de um acidente de ônibus. Para ela, o esforço para salvar aquelas vidas, a improvisação e os quebra-galhos que

[13] Referência à experiência de terceirização da administração do hospital e da prestação de serviços, ocorrida na década de 1990, malsucedida e vivida pela maioria dos profissionais como uma intervenção, uma violência.

a gravidade e a urgência da situação exigiram foi como reviver "o João Silva dos velhos tempos", quando faziam quase o impossível, em condições muito piores de trabalho.

Um testemunho particularmente importante desses tempos e feitos heroicos, que remete diretamente ao imaginário de proteção e de potência – especialmente condensados na figura de um desses 'heróis' –, é a entrevista concedida por uma das médicas, também cirurgiã e, na época da pesquisa, há vinte anos trabalhando na instituição. Começa sua entrevista se dizendo "uma velha" no hospital: "Já peguei várias fases do hospital... de luta pelo serviço, contra a privatização, a terceirização..."[14] Aqui antigamente era uma verdadeira escola!" Refere-se, então, a um antigo cirurgião, chefe por muitos anos do Serviço de Cirurgia, a quem todos no hospital se referem como professor. Esse médico havia falecido poucos anos antes da pesquisa e era o patrono do Centro de Estudos.

Ao longo da entrevista, a médica faz referência várias vezes a esse médico como um pai, um professor, um líder. Segundo ela,

> *Pode-se dividir a rotina da cirurgia do hospital em duas fases: antes e depois da morte do dr. ... (...). Antes, sabíamos que tínhamos aquele chefe que supervisionava tudo... Ele questionava, acompanhava cada caso, todas as cirurgias... era benevolente, mas sabia chamar a atenção, cobrar...*

A médica fala com admiração e saudade de seu ex-chefe e professor:

> *Depois que ele se foi, a Cirurgia está totalmente desorganizada, (...) Na época do dr. .., a gente sabia que tinha uma pessoa com quem contar, até para resolver problemas técnicos, na própria cirurgia! Ele vinha até de madrugada para atender o colega que estava em apuros e precisava de uma mão, uma mente a mais!... Depois da morte dele a gente se viu desamparado, órfão...*

A médica entrevistada se queixa da falta de uma rotina, de uma conduta comum entre os médicos, particularmente com relação à cirurgia:

> *Todos antes operavam igual. Agora, como acabou o controle do chefe que era duro – benevolente, mas que cobrava –, são os cirurgiões cada um fazendo o que apreenderam... não tem rotina....*

A figura, ao mesmo tempo onipotente/castradora e benevolente/amorosa, desse chefe, à qual todos se subordinavam, por amor ou medo, parece

[14] Ver nota 13.

ter sido um dos operadores (interessante o jogo de palavras com a função do cirurgião), nos tempos antigos do hospital, da coesão grupal, da colaboração e solidariedade entre os membros da equipe, forjadas, poder-se-ia dizer, no reconhecimento da fragilidade/impotência/não saber dos irmãos, como talvez interpretasse Birman (2000), perante a 'onipotência' e 'onisciência' do médico-pai. "Hoje esses novos médicos se sentem poderosos... Você sente uma certa arrogância... Falta humildade (...) não há solidariedade e trabalho em equipe... é uma equipe noite e dia, mas não existe equipe, não existe".

A intensidade das imagens – e dos afetos a elas relacionados – vislumbradas no depoimento dessa médica sobre o antigo chefe, assim como nas homenagens a ele prestadas pelo hospital, permite pensar que a médica entrevistada estaria assumindo um papel de porta-voz (Pichon-Rivière, 1983)[15] das fantasias inconscientes, ansiedades e necessidades do grupo ao qual pertence ou, na perspectiva de Kaës (1997), a função fórica – o que porta e transporta o sujeito no grupo – de um "porta-ideal" ou guardiã do ideal de ego do grupo, representado pelo ex-chefe e professor. E também, ainda com Kaës, que aquele chefe exercia no hospital uma função bem próxima à de uma "formação intermediária", como a função de articular o processo de vinculação, ligação, e ao mesmo tempo o resultado desse processo – formação esta que, talvez hoje, no "hospital do presente", se manifeste ou se deixe vislumbrar apenas como falha, quebra ou crise. Kaës (1994, 1997) se refere aqui aos trabalhos de Freud sobre o papel da identificação na conformação dos conjuntos sociais, pondo em evidência a função de mediador psicossocial do chefe (a exemplo da parábola recuperada por Freud em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*, sobre o exército que perde a cabeça quando seu general é decapitado).[16]

---

[15] Segundo a teoria dos Grupos Operativos, desenvolvida por Pichon-Rivière, os grupos se estruturam sobre a base de um interjogo de papéis, dos quais se destacam três: o de porta-voz; o de bode expiatório e o de líder. O primeiro seria um membro do grupo que, num determinado momento, denunciaria o acontecer grupal, seu emergente: as fantasias que movem o grupo, as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo. O porta-voz não fala só pelo grupo, mas por si mesmo também. Nele se conjugam o que Pichón-Rivière denomina "verticalidade" e "horizontalidade" grupal, isto é, aquilo que se refere à história pessoal do sujeito e o que acontece, no aqui e agora, na totalidade dos membros do grupo. "O porta-voz pode desempenhar seu papel porque nele se dá uma articulação entre sua fantasia inconsciente – fantasia que segue um modelo primário – e o acontecer do grupo em que se insere" (Pichon-Rivière, 1983: 129).

[16] "A falha nas formações intermediárias produz uma desintegração no articulado coletivamente pelo mito ou pelo conto, pela crença ou pelo rito, e esta desintegração afeta tanto a capacidade singular de formar pensamentos, que se apoia sobre a cultura e a socialização, como a capacidade comum de erigir obras coletivas para assegurar o domínio e a proteção, a organização e a ordem diferenciadora, que se baseia neste apoio sobre o pensamento, a palavra e a ação individuais" (Kaës, 1994: 138).

Para aquela médica, imersa atualmente numa vivência de solidão e desamparo, a possibilidade de obter cooperação e solidariedade no trabalho é vista como algo a cada dia mais difícil, quase impossível, e ainda restrita aos colegas mais antigos, aqueles que compartilharam dos ensinamentos do saudoso professor, alunos da mesma "escola" que o hospital foi um dia.

> *Eu sinto falta das reuniões de ciência do Serviço de Cirurgia... todo sábado fazíamos discussão de condutas, de rotinas, reuniões científicas... a gente aprendia muito. Agora, às vezes a gente tá com um caso que precisa discutir com um colega e tá sozinho... a não ser que vá atrás dele...*

É realmente algo surpreendente descobrir que, num hospital público como aquele, considerado fim de linha, e numa época em que o caos e a precariedade da assistência ainda eram muito maiores, se faziam reuniões científicas, discussão de casos e de condutas, aos sábados! E aqui, na imagem do hospital como escola, parece residir um segundo fundamento ou apoio para o imaginário de proteção, segurança e potência, forjado ainda nos tempos muito mais duros do "hospital do passado", antes da reforma e das melhorias materiais e tecnológicas que recentemente vem recebendo.

O hospital-escola

Vários são os médicos – e até alguns enfermeiros – que foram residentes, acadêmicos ou estagiários do hospital. O hospital já foi campo para uma Residência Médica. Um dos médicos da Enfermaria de Clínica Masculina, há vinte anos no hospital, não só faz alusão a esse período, como também parece continuar se sentindo, ao contrário de sua colega cirurgiã, em uma escola. Ainda se sente aprendendo e crescendo tecnicamente com o trabalho:

> *Gosto da enfermaria. Acho que a enfermaria me recicla... discute os casos... nós tínhamos aqui, muito tempo atrás, discussão de casos, porque a clínica tinha muita gente, tinha residente, você tinha mais tempo pra fazer as coisas... mas mesmo assim (hoje) a gente fica ali naquela sala e chega: 'Gente, me ajuda aqui, vamos ver esse caso...' (...) você acompanha, faz a evolução, 'o remédio fez efeito?'. Então isso aí te dá um retorno bom, em termos de conhecimento, até para perder o medo de usar determinado remédio (...) e a minha formação é toda (enfatiza) daqui, toda daqui. Eu me formei, entrei aqui no hospital e estou aqui até hoje.*

Para outros médicos, no entanto, o 'hospital-escola do passado' não parece mais iluminar ou irrigar o imaginário sobre o 'hospital do presente', não

contribuindo para manter o vínculo com a organização. É o caso de um dos chefes de plantão da Emergência, com 23 anos de hospital, cirurgião, que, assim como sua colega 'guardiã' do ideal representado pelo ex-chefe e professor de cirurgia, embora por razões diferentes das dela, não vê mais o hospital como 'uma verdadeira escola'. Solicitado a falar de seu trabalho, observa:

> *Estímulo? Nenhum. O meu trabalho é burocrático... não tem mais tesão. Há uns anos atrás eu falava para minha mulher: 'Se eu ganhasse na loteria eu largava os outros empregos e ficava só no João Silva...'. Hoje já não faria mais isso... Aqui não tem mais o que tirar, o que aprender.*

Assim, o hospital, que também já foi para este médico-cirurgião fonte de aprendizado e objeto de investimento, de certo modo idealizado – único trabalho ao qual se dedicaria se ganhasse na loteria e não precisasse mais trabalhar para ganhar a vida –, "local de vida", de realização, portanto, e não só de sobrevivência, não parece mais ocupar esse lugar em seu imaginário.

De todo modo, o 'hospital do passado', mais do que mero lugar de trabalho, de se ganhar a vida, era vivido, por aquela geração de médicos e outros profissionais – e, para uma parte deles, ainda parece ser assim vivido o 'hospital do presente' –, como lugar de aprendizado, de formação. "Uma verdadeira escola", igualmente associada a uma imagem de potência e proteção, comunidade onde se tem acesso ao saber/experiência dos mais velhos e se compartilha a responsabilidade por decisões de casos difíceis ante a carência de recursos tecnológicos e humanos e também a responsabilidade (e o silêncio) pelos 'quebra-galhos' que a realidade tão adversa do trabalho acaba impondo: espaço onde construíram suas próprias identidades profissionais.

A auxiliar de enfermagem que durante muitos anos foi a única responsável pelos curativos em uma das enfermarias declara, logo no início de sua entrevista (e logo após reconhecer que, quando começou a trabalhar no hospital, aquilo era um "mausoléu"): "Eu adoro este hospital aqui! Eu adoro! Meu primeiro hospital". Contribuindo para alimentar essa imagem de proteção e segurança – e também para justificar o amor de muitos funcionários pela organização – parece estar o fato de que, além de escola, espaço de formação profissional, o hospital é, para alguns, referência importante em suas histórias de vida privada. Para alguns profissionais, o João Silva é o hospital onde nasceram, ou onde algum parente nasceu, ou onde já se curaram de alguma doença, às vezes importante, ou já tiveram parentes curados:

> *Eu tenho alguma identidade aqui (...) eu tenho uma identidade aqui porque eu nasci aqui. Então eu tenho uma identidade maior talvez com isso aqui. O meu filho também nasceu aqui.*[17] *Eu morava aqui perto.* (Médico pediatra, há 19 anos no hospital, ao iniciar sua entrevista)

Uma auxiliar de enfermagem justifica assim o seu amor pelo hospital:

> *Eu gosto muito do hospital, (...) eu tenho duas filhas adultas (...) quando elas eram pequenas eu as trazia muito aqui. Elas passavam mal, (...), doentes, então eu trazia. Então eu gostava, falava sempre: 'Um dia eu ainda vou trabalhar neste hospital, um dia ainda vou trabalhar neste hospital!'.*

Uma das enfermeiras entrevistadas, ressaltando a competência da equipe, conta que já precisou fazer uma cirurgia muito delicada e a fez no hospital, tendo sido muito bem-sucedida.

Na festa de aniversário de 67 anos do hospital, uma exposição foi montada, com alguns depoimentos e fotos colhidos de antigos funcionários. Um dos depoimentos era de um médico anestesista que declarava que, ainda bebê, aos oito meses de idade, teve poliomielite, ficou internado no hospital e se recuperou. A emoção em seu depoimento se destaca: "O hospital é a minha casa, meu castelo".

O hospital-casa/família

Chegamos à terceira perspectiva na qual se funda e se apresenta o imaginário organizacional de potência, proteção e segurança, compartilhado por grande parte dos funcionários. São muito frequentes, entre os profissionais, alusões ao hospital como "a nossa casa", "casão", ou "uma família", ou ainda a referência às figuras parentais: "O João Silva é o pai de todos...", "É uma mãe".

Tais imagens parecem reforçadas pelo fato de que é no hospital que muitos funcionários se tratam e a seus parentes também. O hospital, para muitos deles, é a única possibilidade de acesso à assistência médica, e assim tem sido fonte de proteção e amparo, tanto material quanto psíquico. Do mesmo modo, no contexto social de desvalorização do trabalho, de individualismo e competição crescentes e, particularmente nos serviços públicos de saúde, de corporativismo, que segrega os trabalhadores em suas respectivas categorias e os coloca em disputa por vantagens, privilégios, 'esquemas' e pelo direito ao 'mínimo de trabalho', é o hospital o espaço imaginário – 'família', 'casa',

[17] O hospital já teve, há muitos anos, uma maternidade.

'colo materno', onde ainda julgam encontrar o amparo, a solidariedade e a cooperação que a crescente precarização dos vínculos sociais e de trabalho lhes nega cotidianamente.

Esta terceira perspectiva fica bem representada na fala de uma das enfermeiras, a respeito da situação de desamparo dos funcionários: "A gente chora às vezes com os colegas! (...). Nós, funcionários, não temos plano de saúde. Temos o João Silva D'Or!".[18] Diz que é para o hospital que todos vão quando precisam de ajuda, de assistência à saúde. Conta o caso de um colega que ligou, num dia em que ela estava de plantão na Emergência, e disse: "Não estou bem. Estou chegando". A enfermeira, então, o recebeu e logo ele já estava na sala da Grande Emergência, onde faleceu.

Uma auxiliar de enfermagem do setor de Emergência fala de sua satisfação em poder receber assistência médica no próprio hospital. Diz que naquele dia está "muito feliz" porque o "pessoal da saúde" (suponho que se refira à equipe de saúde do trabalhador) estabeleceu um dia específico para os funcionários e prestadores de serviços "se tratarem", fazerem suas consultas médicas, exames.

O depoimento de uma das médicas da Emergência se destaca, ao comentar a situação de pobreza dos pacientes e também dos funcionários e o amparo que ainda encontram no hospital:

> *Aqui todo mundo é carente, até o funcionário. Às vezes saímos no corredor para resolver um problema e no caminho somos abordados várias vezes para resolver problemas de parentes, que chegamos até a esquecer o que íamos fazer! (...). O funcionário mal tem dinheiro para comer. Não pode pagar planos de saúde e, com a situação do sistema de saúde, que está falido, vai buscar assistência onde acha que tem direito... no João Silva.*

A precariedade da situação dos funcionários se funde e se confunde, assim, com a precariedade da situação do hospital e a precariedade/pobreza da população ali atendida.

A metáfora da casa e da família é utilizada por uma enfermeira da Enfermaria de Clínica Médica para destacar a cooperação entre os funcionários e o apoio mútuo, inclusive na assistência à saúde de seus familiares. Buscando responder a que atribui esse bom entrosamento da equipe, a enfermeira observa:

---

[18] Alusão irônica a uma famosa e cara rede de hospitais privados do Rio de Janeiro, a rede D'Or.

> *Olha, eu sempre achei que o João Silva tinha muito isso assim... família, sabe? (...). Eu trabalho também em outro hospital, há seis anos... público também... e eu não me sinto tão em casa como eu me sinto aqui. É como se fosse a extensão da minha casa, o João Silva. Eu me relaciono bem não só com as outras pessoas, com os outros serviços, como eu vejo a facilidade entre as pessoas de se ajudarem, assim, mutuamente, entendeu? Se você necessita de um laboratório não só para o paciente como até para um familiar seu, você tem muito mais acesso...*

Uma das auxiliares de enfermagem entrevistadas, com muitos anos no hospital, demonstra, em seu depoimento, o quanto se sente acolhida/protegida pelo hospital e revela seu amor quase que filial/incondicional pela organização:

> *Ah, é um hospital muito bom! É, é... casão! Ele tem o apelido de casão, porque ele é aconchegante, entendeu? Aqui a gente nunca teve aborrecimento, tudo que a gente quer a gente consegue, entendeu, aqui dentro, com a chefia, com os diretores... (...). É uma mãe, este hospital aqui é uma mãe! (...) Acolhedor... eu acho que ele recebe muito bem as pessoas de fora. E a população é grande! A população é enorme! Todo dia esse hospital está lotado! (...) Não gosto que falem mal do João Silva! Odeio! Se quiser me aborrecer, é falar que o João Silva é feio! [risos] Não gosto, não!*

Uma auxiliar de enfermagem da Emergência, que já trabalhou antes na enfermaria, também utiliza, como a auxiliar de enfermagem anteriormente entrevistada, o termo 'aconchegante' para se referir ao hospital, juntamente com a imagem de mãe, talvez tão aconchegante quanto colo de mãe.

> *E... por ele ser assim pequeno, ele é aconchegante! E... você tem assim umas facilidades, né? E eu gosto demais! Nele você vai pra ali, daqui a pouco você tá aqui... é rápido! E você consegue estar em comunicação com as pessoas, as pessoas lá de baixo[19] também e... eu gosto mesmo dele. Eu acho esse hospital assim uma mãe! Gosto, gosto bastante!*

Menciona outro hospital público em que já trabalhou, mais perto de sua casa, mas diz preferir o João Silva:

> *É mais aconchegante! Só dois andares, você dá uma rodada e (...) você tá assim um mais perto do outro, se precisar de alguma coisa, vai ali na Ortopedia, se eu precisar vou na Pediatria, e por aí vai, o pessoal ajudando, dando a maior força... muito bom... gosto desse hospital!*

[19] Refere-se às equipes que trabalham no serviço de Emergência e no SPA.

É interessante também observar no depoimento dessa auxiliar de enfermagem que a planta física do hospital, pequeno e circular – "você dá uma rodada e..." –, se destaca como fator de coesão grupal, facilitando a comunicação e a cooperação entre a equipe. Tal percepção também está presente na entrevista de uma enfermeira, lotada na Enfermaria de Pediatria. Falando do seu relacionamento com outros setores e/ou profissionais, ela chama a atenção para a facilidade de contato com as equipes de enfermagem das outras enfermarias, em grande parte propiciada pela planta física. Frequentemente trocam ou pegam emprestado algum material. Destaca a facilidade possibilitada pela planta física, circular, ligando todas as enfermarias no mesmo andar:

> *Agora a parte de enfermagem a gente está sempre em contato, porque às vezes a gente precisa de um material que não tem aqui, lá tem e a gente faz uma troca (...) o CTI, a Clínica Médica, é tudo aqui, né? Um andar só, né? Essa planta também ajuda muito, essa planta física do hospital, né? E assim, o relacionamento é muito bom, com as enfermeiras todas, todas, a gente se sente uma família mesmo aqui, é porque a gente vive os mesmos problemas, as mesmas carências, então a gente se segura uma na outra, né?*

Irmanadas em suas carências, que se 'comunicam', se 'transmitem' e se 'misturam', de uma enfermaria para outra, através da planta circular e sem barreiras do hospital, essas funcionárias parecem idealizar os vínculos existentes entre as equipes, vivendo uma certa ilusão de comunidade onde a solidariedade e a cooperação seriam hegemônicas e, paradoxalmente, resultantes daquilo que – reconhecidamente, inclusive pela própria Direção do hospital e por outros profissionais – está na origem de uma das piores faces do hospital: a insuficiência de seu espaço físico para o volume da demanda a que atende e a inadequação de sua planta, com sérios problemas de fluxo de pacientes/usuários, materiais e profissionais, configurando o cenário de superlotação, caos e descontrole já tratado aqui.

Ainda que se considere que parte do depoimento dessas funcionárias se apoia em suas vivências nos espaços das enfermarias, certamente mais organizados e bem mais 'tranquilos' que os corredores da Emergência, não deixa de ser surpreendente a ênfase que dão ao aconchego e ao acolhimento que sentem no hospital. Portanto, parece que a força do imaginário de proteção e segurança, presente na metáfora da mãe, da família ou da casa, é capaz de operar uma ressignificação importante na forma como vivenciam o espaço

hospitalar, tornando-o não só suportável, mas desejável, preferível a outros hospitais. Um espaço onde o que é pequeno/precário vira aconchegante/acolhedor; onde o que é indiscriminado/indiferenciado e confuso se torna comunicação/comunhão/facilidade de cooperação.

Para outra auxiliar de enfermagem, a imagem do hospital como mãe não está associada apenas ao bem-estar e ao sentimento de acolhimento que, como funcionária, tem ao trabalhar no hospital, mas também ao cuidado, à grande dedicação que os funcionários, em sua opinião, prestam aos pacientes: "Mas eu gosto muito daqui. Eu acho que isso aqui, como as colegas falam, é uma mãe, entendeu? Os pacientes chegam aqui, a gente se arrebenta, faz o que pode!".

Outra auxiliar de enfermagem, da Enfermaria de Clínica Médica, solicitada a falar do hospital, mistura em seu depoimento a satisfação em trabalhar num hospital onde encontra amizade e solidariedade dos colegas – definidos como uma família – com o bom atendimento prestado aos pacientes, pela "boa vontade" das pessoas que ali trabalham:

> *Eu gosto do trabalho aqui, acho que as pessoas aqui trabalham com muito boa vontade, tá? Embora às vezes até com (...) falta de material, (...) Vejo que a alimentação dos pacientes é sempre muito abundante... e as colegas de trabalho também, é um pessoal que procura sempre ser amigos (...) as pessoas umas procurando ajudar as outras (...) os pacientes são muito bem atendidos.*

No mesmo sentido, o depoimento de uma das recepcionistas se destaca: "Porque aqui, com toda a dificuldade, nós conseguimos dar atendimento com dignidade... temos médicos excelentes". Compara o atendimento prestado pelo hospital público próximo à sua casa com o que é prestado pelo hospital onde trabalha. Segundo ela, lá os pacientes recebem apenas um soro ou outro paliativo: "Aqui, não! (...) Paciente sai daqui com exames, com sua receitinha, pega remédio... às vezes, vem aqui só para pegar remédio...". Para essa recepcionista, a população vem buscar no hospital muito mais do que assistência à saúde, vem buscar carinho e cuidado:

> *Acho que a população busca o João Silva até pela atenção que recebe aqui (...). A população tá com o emocional em desequilíbrio [a recepcionista fala do empobrecimento da população, do desemprego, do agravamento dos problemas sociais] (...). De repente, ele vem na busca de um pouco de atenção também, um pouco de atendimento com dignidade... de forma humanizada.*

Observa que, em parte, a população procura o hospital pela forma como é atendida, pela disponibilidade dos profissionais para ouvir o paciente:

> *... o carinho deles... Quantas vezes na GE o médico chega, passa a mão no cabelo da vovó... 'Como vai, vovó?'... Você sabe que ela está parando, está indo embora... eu só fico vendo. Eu sou macaca de auditório deles... eles pegam no paciente... põem a mão... Quantas pessoas vêm dizer obrigado, por um momento... um segundo...*

A imagem do hospital que protege, acolhe e cuida de seus funcionários, como um pai, uma mãe, uma família, parece se projetar sobre o olhar de alguns deles para a assistência prestada à população, tornando-os capazes de enxergar e valorizar, na precariedade, na insuficiência e no drama cotidiano da Porta de Entrada, a atenção e o cuidado que ainda são possíveis.

O depoimento de uma enfermeira é marcante na utilização que faz da metáfora da família e da casa:

> *O que eu encontrei no João Silva foi uma grande família... Tem fofoca, mas toda família briga. (...) Tem médico ruim? Tem. Como toda família, tem gente ruim e tem gente boa... No final do ano todos estão juntos (na festa de confraternização), agora temos a festa junina.*

A enfermeira fala, então, da confiança que os profissionais do hospital têm nos colegas para atendimento médico, da facilidade de acesso à Direção e aos colegas. "Isso é uma família, para mim é uma família!". Em outro momento da entrevista observa: "Isto é a minha casa e, como o elefante, que tem um lugar para morrer, se eu pudesse escolher um lugar para morrer, quero morrer aqui!".

A imagem do hospital como casa, lugar onde se vive (ou onde "se esquece da vida") e onde se quer morrer, surge logo no início da entrevista de outra funcionária:

> *Até minhas filhas hoje em dia elas falam: 'Ah, minha mãe trabalha onde ela quer, ela sempre quis e ela gosta! Minha mãe, quando está lá dentro, esquece da vida!' Eu esqueço até de ir pra casa às vezes! Eu adoro isso aqui! (...) Não tenho pressa de chegar em casa. Tenho pressa de manhã de chegar aqui, sabe?*

No mesmo sentido, uma auxiliar de enfermagem, com 23 anos de trabalho no hospital, declara: "Nem sei se eu vou conseguir me aposentar. Nem sei! (...) É uma vida aqui dentro!". Outra auxiliar de enfermagem, da Enfermaria Pediátrica, afirma, diante da perspectiva de completar trinta anos de trabalho

no hospital: "Foi uma vida, né, aqui dentro (...). E nem sei se saio, né? Acho que ainda dá pra ficar mais um pouco".

Creio que a utilização da metáfora da família produz um deslocamento, na forma de representação da dinâmica grupal, de uma situação de cooperação – na qual predominariam os processos secundários para a realização da tarefa, no sentido dado por Bion (1969) – para uma situação de solidariedade ou de um tipo de solidariedade (campo privilegiado dos processos primários?) – na qual haveria uma ligação 'natural' ou compulsória, produzida pelos laços de sangue que uniriam os irmãos ou membros de uma mesma família.

Perguntei-me a serviço de que estaria sendo produzido esse deslocamento – ou seja, qual a função que a utilização da metáfora da família, tão recorrentemente utilizada, estaria cumprindo na economia psíquica desses indivíduos em sua relação com a organização e com os colegas. E me ocorreu que talvez se trate de um mecanismo de defesa não só contra o desamparo, contra a vivência de fragmentação/despedaçamento que a vida nas organizações também provoca, mas também uma defesa contra o sofrimento gerado pela constatação cotidiana da quase impossibilidade de cooperação e da assimetria das relações de poder entre os funcionários.

A esse respeito, é interessante a análise de Enriquez (1989) sobre a ideologia igualitária que atravessa as instituições terapêuticas e educacionais (cada um dos 'operadores' – profissionais, técnicos – exerce, no seu campo, um papel terapêutico), onde ao mesmo tempo se demanda e se nega a possibilidade de cooperação.

Nessa situação, a metáfora da família alimenta a ilusão da doçura comunitária. Cabe lembrar o quanto são frágeis nas organizações – especialmente nos serviços públicos, onde a baixa governabilidade dos dirigentes parece ser a regra –, os dispositivos gerenciais voltados para o planejamento, para a construção de acordos e projetos coletivos e coordenação dos trabalhos em equipe. Dejours (1999: 29), ao discutir a problemática da cooperação, observa: "A dificuldade é que é impossível prescrever a cooperação. Sabemos dividir, mas não sabemos reunir. Ordenar a cooperação é como ordenar o amor, numa ordem do tipo: 'amai-vos uns aos outros', 'cooperai uns com os outros'".

A organização potente, protetora e envolvente como uma família parece preencher todos os espaços da vida de muitos funcionários, que sentem dificuldade em se separar do hospital. Uma enfermeira fala do quanto é difícil

para ela "se desligar". Conta que quando está de férias "liga" para o hospital com frequência ou recebe telefonemas de colegas, ou mesmo vai ao Hospital João Silva para "saber as novidades". Representa essa 'fusão' com a organização contando que no hospital costuma-se dizer: "Nós pegamos o vírus do João Silva", ou ainda com uma metáfora usada também por outros funcionários: "Isso é uma cachaça... a gente reclama, mas vicia...".

Esse imaginário de potência, segurança e proteção/amparo sobre o hospital compartilhado por uma grande parte dos funcionários, que 'contamina', como um 'vírus', ou os faz 'aderir' ao hospital, como 'uma cachaça', parece ter sua força retirada de, pelo menos, dois processos. De um lado, é esse imaginário que possibilita o trânsito, a passagem, entre o 'hospital do passado' e o 'hospital do presente' – realidades tão díspares, tão contrastantes, em termos de condições materiais e tecnológicas, mas identificadas, tornadas próximas, como vimos, no hospital dos pequenos 'feitos heroicos' de ontem e de hoje, no hospital que foi e ainda é 'escola/local de formação' e no hospital 'casa/família/colo materno'. Unindo o 'hospital do passado' ao 'hospital do presente', essas imagens, quase atemporais, como os mitos, se repetindo nas falas de antigos e novos funcionários, parecem garantir, a cada um, sua identidade/integridade profissional e seu 'lugar' no hospital (sua própria imagem, como profissionais, derivada da imagem de potência do hospital e seu sentimento de pertencimento/filiação àquela organização, àquela comunidade). De outro lado, como consequência do anterior, a força dessas imagens de potência, proteção e segurança parece residir no fato de serem elas o que sustenta, o que fia ou avalia (e ao mesmo tempo serem sustentadas por) um pacto denegativo e um contrato narcísico[20] entre os funcionários que, ao negarem a precariedade/as faltas/falhas do hospital, talvez se defendam do desamparo, da angústia de desmembramento ou da vivência de estarem sentados sobre um 'barril de pólvora' e, ao mesmo tempo, neguem sua própria precariedade, suas próprias faltas, imersos numa certa ilusão de autossuficiência narcísica, que o imaginário de potência do hospital lhes empresta.

[20] No sentido, dado por Kaës, de alianças inconscientes – processos de trabalho psíquico que estão na base dos processos associativos no grupo. Segundo o autor, a análise dos grupos instituídos põe em evidência uma conjugação constante entre os pactos denegativos e o que Piera Aulagnier denominou contrato narcísico: "De fato, cada conjunto particular organiza-se positivamente sobre investimentos mútuos, sobre uma comunidade de ideais e crenças, sobre um contrato narcísico, sobre modalidades toleráveis de realizações de desejos... Cada conjunto organiza-se também negativamente sobre uma comunidade de renúncias e de sacrifícios, sobre extinções, rejeições e recalcamentos, sobre um 'deixado de lado' e sobre restos" (Kaës, 1997: 265).

Haveria algo de mortífero e ao mesmo tempo vital nesse imaginário que, se por um lado, como um vírus ou uma cachaça, pode 'contaminar' e 'adoecer' o olhar, turvando a visão e anestesiando/'inebriando' as percepções sobre a realidade dramática do cotidiano do hospital, por outro lado, também como um vírus ou uma cachaça, 'contagiaria' os sujeitos de entusiasmo, mantendo 'aquecidos' ('febris'?) os corpos para as tarefas mais desgastantes, e 'aceso' o desejo em relação ao trabalho numa realidade tão adversa?

De todo modo, a despeito de sua força, como vimos, tais imagens parecem apenas em parte cumprir uma função de tranquilização psíquica perante as angústias e o desamparo que a realidade de um hospital público de emergência provavelmente produz no psiquismo dos que ali trabalham. Alguns demonstram seus temores com relação a uma população potencialmente agressiva, um "barril de pólvora". Outros falam claramente da desilusão com o hospital, onde não mais encontram o amparo da coesão grupal ou de um chefe, ou não mais se sentem 'nutridos' pelo hospital – de onde não há "nada mais para tirar". Outros, como veremos a seguir, tentam fazer um 'diagnóstico' mais crítico da realidade, apontando mais limites e problemas, e uns poucos chegam a apresentar uma visão totalmente cética, desiludida com relação a possibilidades de mudança.

Assim, a despeito de sua força e dominância, o imaginário de potência, proteção e segurança do hospital não é um imaginário monolítico. O reconhecimento de alguns problemas considerados estruturais, como a insuficiência e inadequação do espaço físico para o volume de demanda atendido, a falta de pessoal e a falta de determinados recursos tecnológicos, está presente em grande parte das falas. Esse 'hospital das insuficiências' ou 'carências' é mais facilmente visível (e pronunciável) nos vários depoimentos, situando-se, muitas vezes em um mesmo discurso, ao lado da imagem de hospital potente e acolhedor.

No entanto, aquilo que realmente parece ser negado (o hospital do descuido e do descaso) apenas às vezes insinua-se em meio aos discursos de potência (ou de resignação) dos funcionários, ou, mais raramente ainda, irrompe, de forma mais abrupta, produzindo um corte, no conjunto das falas, mostrando-se à análise sob a forma de outro imaginário, quase que polar com relação ao primeiro.

Carência crônica e incerteza cíclica: do hospital das insuficiências e do que é possível ao hospital da precariedade, da impotência, do descaso e do descuido

De todos os problemas ou deficiências do hospital, o mais facilmente identificado – e o mais recorrente – diz respeito à sua pequena área física e à inadequação de sua planta para fazer face ao volume crescente de pacientes atendidos diariamente. Um dos médicos da Enfermaria de Clínica Médica menciona um projeto antigo de construção de mais um andar. Um cirurgião, plantonista do Serviço de Emergência, destaca: "Os problemas do hospital são mais espaço físico e demanda maior do que a gente pode suportar".

A superlotação da Emergência é uma queixa comum. Um dos enfermeiros da Porta de Entrada se queixa da falta de estrutura física do SPA e da Emergência. "Não tem lugar pra colocar o soro... pendura nas janelas, nas grades. O corredor fica lotado". Queixa-se também do descontrole com relação ao acesso e à circulação de pessoas.

A insuficiência de alguns recursos de diagnóstico e terapia e também a inexistência de algumas especialidades médicas são recorrentes nas falas, como a falta de um tomógrafo e de neurocirurgiões – recursos que, mais de um ano depois do início da pesquisa, chegaram ao hospital – ou a falta de otorrinolaringologistas, oftalmologistas, cirurgiões vasculares e de tórax. Uma enfermeira, referindo-se especialmente à falta de neurocirurgiões e de cirurgiões vasculares, utiliza uma metáfora que remete, segundo interpretação de Maria Inês Assumpção Fernandes,[21] à impossibilidade de o hospital 'pensar' e se 'reproduzir': "De um modo geral o hospital funciona bem e atende bem à população. O hospital só não funciona do pescoço para cima e da cintura para baixo".

A comparação com outros hospitais, especialmente da rede privada (com melhores condições materiais e tecnológicas), é inevitável. Um cardiologista, plantonista da Emergência, fala assim sobre seu trabalho: "É um trabalho que envolve muito jogo de cintura. Eu costumo dizer: 'eu trabalho no Barra D'Or e no Silva D'Or. No básico, dá para fazer...". Queixa-se da falta de atualização dos clínicos que, em sua opinião, muitas vezes adotam condutas terapêuticas ultrapassadas e também destaca o excesso de demanda: "Meu problema é a

[21] Professora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Notas tomadas durante reunião de orientação de tese em 2004.

sobrecarga. Os pacientes ficam muito tempo internados, tanto no CTI quanto na enfermaria"; "Eu queria uma unidade coronariana".

O hospital do "básico" que "dá para fazer", como o definiu o cardiologista, ou o hospital do "apesar de tudo, dá para fazer alguma coisa", como avalia outro cirurgião, é o 'hospital do possível', do que é possível em meio às insuficiências e adversidades: "Tem-se trabalhado dentro do possível, o melhor que se pode, né?", observa uma antiga médica. Em algumas falas, essa imagem de reconhecimento do trabalho relativamente bem feito aparece junto com o reconhecimento do quanto ainda há por fazer, do quanto ainda é preciso melhorar, por referência, por exemplo, à rede privada: "Silva D'Or é a nossa meta!", como disse uma das autoridades na cerimônia de aniversário do hospital. Ou, como a mesma médica anteriormente citada complementa: "O desafio que a gente vê é sempre tentar melhorar, quer dizer, se a gente olha para trás, a gente vê que já melhorou bastante, mas a gente sempre quer mais, a gente sempre acha que tá pouco".

Em outros depoimentos, no entanto, a imagem do 'hospital do possível' parece ganhar os tons de uma resignação ou acomodação, uma incapacidade de crítica do presente e de formulação de um projeto para o hospital (ou incapacidade de desejar), como se pode perceber na fala de uma pediatra, perguntada sobre os desafios do hospital:

> *Acho que aqui não tem muito desafio, não. Acho que o básico a gente faz direitinho... o que o povão aqui precisa é disso que a gente dá, é o atendimento. Muita gente vem aqui... às vezes a gente dá alta e eles não querem ter alta, até porque comem aqui direitinho... Acho que aqui não tem desafio, não. O que o hospital se propõe a gente faz direitinho.*

Para essa médica, as insuficiências e impossibilidades do hospital parecem perder importância diante da situação de extrema carência do "povão" ali atendido, para quem, a seu ver, o atendimento "básico", "feito direitinho", e a comida regularmente oferecida é o que basta.

É interessante observar, no entanto, como os discursos de 'minimização' ou negação das insuficiências são facilmente minados por uma situação de carência que parece crônica, que se 'desloca' ou 'desliza' de determinados componentes da assistência hospitalar para outros – como disse uma das auxiliares de enfermagem, "sempre tem uma precariedadezinha (...), quando não é no material é na medicação, quando não é isso é o profissional que está

faltando" – e que se acumula, irremediavelmente. A fala de outra auxiliar de enfermagem é exemplar desse processo: "Aqui não é muito incompleto, não. Faltam pouquinhas coisas. São poucas coisas, mas aí vai se tornando grande, grande, grande...".

O depoimento dessa funcionária também permite identificar, em meio às imagens de carência, outro elemento bastante frequente no cenário cotidiano dos serviços públicos de saúde e que parece ser, igualmente, fonte de sofrimento para os funcionários, mais um componente de seu desamparo. Trata-se da incerteza quanto às condições de trabalho, quanto à continuidade de projetos e do próprio funcionamento do serviço. Mazelas amplamente conhecidas da administração pública (como a morosidade dos processos, a ineficiência gerencial, a utilização da máquina pública para fins políticos-eleitorais e até mesmo o desvio de recursos) associadas à não priorização do setor Saúde na alocação dos recursos públicos são responsáveis, com frequência, pela interrupção na prestação de serviços, pela descontinuidade do abastecimento, pela interrupção ou atraso no pagamento de contratos de prestação de serviços básicos, como manutenção de equipamentos, alimentação, limpeza, segurança, e até mesmo contratos de obras.

Em sua entrevista, a auxiliar de enfermagem faz a seguinte observação sobre o CTI infantil que seria construído: "Vão fazer agora essa U.I. aqui, também. Não sei se vai funcionar, mas que já teve um projeto[22] (...) o CTI era aqui. O projeto foi pra isso, mas não fizeram! Para, né? Sempre tem alguma coisa que para". À carência crônica dos serviços públicos de saúde soma-se a incerteza cíclica ("sempre tem alguma coisa que para..."), que igualmente assombra esses serviços, compondo o quadro de precariedade do hospital estudado.

Uma supervisora de enfermagem destaca o problema dos contratos: "Estamos sem vigilância há quase um mês. A faxina que hoje trabalha aí foi pega no tapa..." (refere-se a pessoas sem treinamento para as tarefas de limpeza hospitalar, recrutadas às pressas). Em outro momento de sua entrevista, volta a falar do problema da suspensão do contrato com a firma de vigilância: "Hoje temos maqueiros como vigilantes". Na mesma época, uma assistente social da Porta de Entrada, prestadora de serviço, queixa-se de que os salários dos

[22] Refere-se a uma obra realizada às pressas por uma das administrações anteriores. O CTI não chegou a funcionar porque, segundo depoimento de outra enfermeira aqui já registrado, "esqueceram-se" de construir uma área para expurgo, banheiro e sala para médicos.

profissionais "prestadores"[23] já estavam atrasados havia mais de dois meses. Presenciei também um período de suspensão do fornecimento de alimentação para funcionários e pacientes, por falta de pagamento, no qual foi providenciado um fornecimento emergencial pela mesma empresa que oferece alimentação para o sistema penitenciário. Um enfermeiro da Porta de Entrada, na mesma época, demonstra sua ansiedade decorrente da incerteza sobre a situação da alimentação e as condições de segurança: "Estamos na pressão hoje: será que vai ter almoço? (...). Entra e sai qualquer um a qualquer hora. Você sai para trabalhar e não sabe se volta...". Naquela semana, uma médica pediatra do SPA havia sido agredida fisicamente pelos responsáveis por uma criança. O assunto foi comentado por mais de um dos entrevistados.

Mesmo em épocas de prestação regular dos serviços de vigilância, a sensação de insegurança no hospital não é desprezível. A pressão da demanda, a superlotação e até a inadequação da planta física, que não permite uma organização e controle adequados do fluxo de usuários e profissionais, são ingredientes do cotidiano do hospital presentes nas situações de ameaças e mesmo de agressões físicas a que estão expostos os profissionais. Outro enfermeiro da Porta de Entrada se queixa do risco representado pela "falta de estrutura" do SPA: "Só tem uma porta. Se alguém invadir não tem segurança (...) uma vez as doutoras ficaram presas lá dentro... só com o celular para falar com a direção do hospital...".

Uma médica, que trabalhava havia pouco mais de um ano na instituição, relata o alívio de ter conseguido sair da Emergência, onde se achava mais exposta à agressividade da população, e estar trabalhando na Enfermaria. Menciona o caso de um vigilante que havia sido assassinado, fazia pouco tempo, em outro hospital no Rio de Janeiro, baleado por bandidos que invadiram o lugar para resgatar um comparsa que estava hospitalizado.

À sensação de incerteza cíclica com relação ao fornecimento de insumos, à prestação de serviços e ao pagamento de salários, soma-se a insegurança cotidiana que o contato com uma população excluída, maltratada, desassistida e, portanto, potencialmente agressiva, suscita, como a inevitável exposição (para um serviço 'portas abertas 24 horas') à violência urbana. Tais imagens de incerteza, insegurança e descontrole do presente põem à prova, diariamente, o

[23] Trabalhadores da saúde sem vínculo formal com o serviço público. Contratados em bases precárias, sem qualquer garantia trabalhista.

imaginário de potência, proteção e segurança que paradoxalmente se construiu sobre o hospital, a despeito de todo o seu histórico de precariedades.

Em poucos depoimentos, as imagens da insuficiência e da precariedade – que em alguns discursos parecem conviver, lado a lado e pacificamente, com as imagens de potência do hospital – cedem lugar, todavia, a um conjunto mais consistente de representações, metáforas e outras figuras que remetem à impotência, ao imobilismo, ao "nada a fazer", à impossibilidade de mudança diante dos muitos problemas sofridos pelo hospital.

Um antigo pediatra se utiliza repetidamente da imagem de uma "estrutura arcaica e viciada" para se referir à impossibilidade de mudar a realidade do hospital: "Agora, o hospital, eu gosto muito de trabalhar, mas eu acho que é uma estrutura totalmente arcaica, viciada, não reciclada. Não se adaptou aos tempos, entendeu?". Fala da necessidade de gerar mais recursos mediante melhor administração, melhor utilização dos recursos disponíveis. Queixa-se de que o nível central só quer números, em detrimento da qualidade. Menciona o excessivo número de atendimentos no SPA e no ambulatório, sem condições de atendimento. Queixa-se do imobilismo, da incapacidade de reação dos profissionais, da incapacidade de mudança:

> *Vejo também que a gente fica inerte, porque você tem, como eu falei, a estrutura, para mim ela é arcaica, que você tem que dar tantos passos para você conseguir chegar a uma coisa que o processo se dilui ou se perde, ou você simplesmente se desinteressa no meio do caminho. (...) é muito difícil você melhorar com uma estrutura que já está viciada. (...) eu acho que a gente não consegue aprender nada (...) tudo continua do mesmo jeito... Tá melhor em algumas coisas, eu sei que (...) o pessoal tenta às vezes modificar alguma coisa, algumas coisas melhoraram, (...) mas basicamente não conseguiu mudar exatamente nada.*

À imagem do hospital que acolhe e ampara seus funcionários, esse médico opõe a de um hospital – mais ainda, a de toda uma administração pública – que não enxerga seus funcionários, não conhece seu estado de saúde e nem suas necessidades de cuidado. Dá o exemplo de um antigo funcionário do registro que morrera havia pouco tempo. Conta que os colegas passavam diariamente por ele e viam que a cada dia ele estava lendo com o papel mais próximo da vista e ninguém, em momento algum, parou para perguntar por quê. Diz que recentemente é que veio saber que o funcionário era diabético. Conta também

o caso de outra funcionária que vinha trabalhar com sequelas de um acidente vascular cerebral (AVC), e que, sempre que podia, "fugia" do serviço.

> *Funcionário entra (...), faz um exame admissional. Fica 35 anos... nunca mais... o Estado não sabe qual o nível de saúde dele (...) morre 35 anos depois e não querem nem saber. (...) Você vê de tudo: (...) você vê gente trabalhando sem condições, você vê gente precisando ser readaptada. Só que a gente circula por isso tudo e a gente olha, aquele 'olha e não enxerga nada'. A gente olha e não enxerga exatamente nada! Coisas simples assim, você vai ver uma maca passando com uma caixinha desse tamanho. Aquela maca tá carregando aquela caixa. Então você olha... todo dia aquilo, mas a gente não se preocupa em comprar um carrinho pequeno, alguma coisa, para carregar aquela caixa. (...) É mais fácil não ver.*

O depoimento desse pediatra parece mostrar não só a impotência, a imagem da impossibilidade de mudança que uma "estrutura arcaica e viciada" traduz, mas a cegueira, a apatia – na linguagem de Campos (1994), a "apatia burocrática" – que impede que os funcionários e suas necessidades, assim como outros problemas do hospital, sejam vistos, reconhecidos e enfrentados.

Especialmente marcante, todavia, é a entrevista de uma médica, uma ortopedista, que parece estar totalmente tomada pelo imaginário da precariedade, da impotência, do descuido e do caos, incapaz de reconhecer qualquer aspecto positivo no funcionamento do hospital. Na época da entrevista, trabalhava havia pouco mais de um ano como funcionária concursada, mas antes do concurso já havia trabalhado ali como prestadora de serviço. Queixa-se da falta de condições de trabalho:

> *Por exemplo, amanhã eu passo visita aqui sozinha em cinquenta pacientes. Você acha que dá? Já falei com a direção, já falei com o CRM, já falei com o sindicato... Sabe o que é que foi feito? Nada. Absolutamente nada. E que motivação eu vou ter, para um paciente que eu sei que vai ficar mal visto? Eu não fiz medicina pra isso! Então tem alguma coisa errada nesse link aí, entendeu? Não dá pra ter palestra aqui sobre qualidade de vida, quando você não fala em valorização pessoal. Isso é hipocrisia! As pessoas vêm aqui de costas! Não têm nenhuma vontade de vir! Eu já estou com vontade de abandonar! Porque eu acho que o que eu estou fazendo aqui não é medicina. O que eu estou fazendo aqui é uma palhaçada! Eu estou enganando o paciente.*

Quando perguntada sobre o porquê de ter escolhido o hospital no concurso, responde:

> *Eu não sou de correr dos desafios. Só que é malhar em ferro frio. Infelizmente, é malhar em ferro frio! Você quer fazer as coisas, você não tem como! Você não vê esquema de parceria, você não vê um comprometimento real. Ninguém escuta o cliente interno aqui! Ninguém nunca me perguntou se eu estou feliz no meu trabalho!*

A demanda por escuta/cuidado e o ressentimento pela falta de reconhecimento de seu trabalho são centrais em seu depoimento e parecem guiar seu olhar sobre o hospital. Reconhece que os problemas mencionados não são exclusivos do hospital estudado, mas é veemente no modo como denuncia os problemas, especialmente quando se refere à precarização do trabalho, à desvalorização dos servidores e ao descaso com que são tratados pelo poder público.

> *Você não pode chegar para uma pessoa que ganha duzentos reais ou quatrocentos reais e dizer que ela não tem direito a ter umas férias, como são os prestadores de serviço (...)! Isso é um absurdo! Um maqueiro, um gesseiro, você fica dois meses sem pagar. Como essa pessoa vem trabalhar? (...) Um auxiliar de enfermagem, que trabalha aqui, que nem um cachorro, 36 horas por semana, ganha quinhentos reais. Em compensação, um lixeiro ganha oitocentos! (...) Um médico ganha 1.200. Um lixeiro, no próximo concurso, vai ganhar 1.300... (...) as pessoas só dizem o que você tem que fazer (...) Os deveres são sempre bem explícitos. Mas ninguém te escuta! Ninguém te diz qual o seu direito!*

Diz que está muito desmotivada e com grande tendência a pedir demissão do serviço público. Quando observo que ela não se sente reconhecida, ouvida, me responde:

> *Você não sente vontade de levantar para trabalhar! A maioria das pessoas aqui reza pra acontecer alguma coisa pequena, tipo: torcer um dedo, quebrar um dedinho, pra ficar afastado! Todo mundo gosta mais de ficar afastado do que trabalhar. Isso é valorização de pessoal?*

É interessante observar que a imagem de não sentir vontade de levantar para trabalhar também havia sido usada por uma assistente social da Porta de Entrada, ao comentar as dificuldades cotidianas do hospital. No entanto, o depoimento dessa médica parece conter um grau extremamente elevado de sofrimento e adoecimento pelas condições adversas do trabalho. É como se condensasse, em sua entrevista, todas as queixas dispersas nos discursos de outros funcionários. Queixa-se de ter que cancelar cirurgias por falta de lençol, da qualidade da comida servida aos funcionários, da sobrecarga de trabalho, especialmente porque outros colegas não cumprem horário:

> *Eu cumpro o meu! Não é justo eu ficar sobrecarregada por um problema do sistema! E quem perde com isso não sou eu, não! É o paciente! (...) Tem gente hoje sendo operada com dois meses de fratura! É desumano! Você tá criando uma fábrica de monstrinhos aleijados!*

Parece se sentir totalmente só, sem ter a quem se queixar ou recorrer: "E quando você se dirige a alguém: 'Ah, Isso não é responsabilidade minha, isso é do seu chefe!'. 'Ah, não, isso é responsabilidade do Estado!'. Nunca é responsabilidade de ninguém!".

Seu discurso é extremamente cético, negativo com relação a qualquer possibilidade de mudança e muito ressentido pela falta de reconhecimento e valorização no trabalho. Ressente-se, sobretudo, da falta de amparo. Diz estar infeliz com o trabalho no serviço público.

> *Se não mudar, eu vou acabar indo embora. Se a curto prazo não mudar, eu não vou conseguir, entendeu? Porque eu estou infeliz (ênfase na palavra) e a pessoa que trabalha infeliz produz mal, trata mal o paciente, que não tem a mínima culpa! E não é isso que eu quero. Não foi pra isso que eu fiz medicina.*

Fala de seu sonho de sair da faculdade e poder se dedicar a um hospital só e ao consultório. Na realidade, trabalha em quatro lugares para poder se sustentar financeiramente e acha que não dá para fazer nada bem. "A quantidade de médicos, de pessoas de saúde tomando antidepressivo, tomando ansiolítico, isso é um absurdo! (...). Você fazer parte de um serviço de saúde e não conseguir zelar pela sua saúde!".

O discurso dessa médica, para além de seu sofrimento singular e intenso, parece ser o discurso de um porta-voz do sofrimento e do mal-estar de outros funcionários que, embora possam não ter contato com tal sofrimento, lançando mão talvez de algumas estratégias defensivas, provavelmente também se encontram, assim como ela, presos a uma situação da qual se sentem impotentes para sair ou para mudar.

Assim, o imaginário de potência do hospital (o hospital que melhorou muito, ganhou um prêmio, é 'casa', atende bem e ampara seus funcionários) que atravessa a maior parte das falas se transforma, no discurso dessa médica, em sua antítese:

Então eles fizeram essa maquiagem[24] aqui. Bonita, né? Pintaram parede... pra isso pelo menos serviu. (...) Com um salário de 400 reais. Irreal! Então você não vai ter ninguém de qualidade (...) então não ficaram as melhores pessoas. (...) Ficou quem já estava há muito tempo no serviço público, e está esperando a sua aposentadoria. (...) Aí teve o último concurso. As pessoas passaram no concurso. Vieram. Quantos já foram embora? Será que está tão melhor? Quase todo mundo já desistiu! Por que será...? (...) Então, para as castas tudo está ótimo! Mas não tá tão ótimo assim, não! (...) A quantidade de prestadores de serviço que existe no Rio de Janeiro é muito grande. [Conta que juntou documentos e apresentou denúncia ao Ministério Público contra a prestação de serviços.] Isso daqui é um trabalho de escravo! Aí, sabe o que é que eu escutei das pessoas aqui? 'Pô, você não devia ter feito isso!'. É brincadeira, né? Então, existe uma maquiagem muito grande, mas aqui não funciona tão bem quanto dizem lá que é hospital modelo, não. (...) Aí o aumento da demanda (...) Não é só dizer: 'Olha, você pode ser bem atendido aqui'. Não! É dizer, reconhecer: 'Olha, a gente tá com pouco pessoal, a gente... não tem como internar, não tem como fazer, a gente quer atender vocês, mas se vocês não entrarem em parceria com a gente, a gente não vai resolver o problema'... Ninguém faz isso! Ninguém põe o peito lá e diz que não vai fazer! 'Ah, arranja uma vaguinha ali! Põe um extra na sua enfermaria!' Isso é hipocrisia! Você não tá tratando ninguém!

Para essa ortopedista, cujo sofrimento agudo não permite reconhecer os dilemas, contradições ou paradoxos que marcam muito intensamente a vida dos serviços públicos de saúde, as pessoas não enfrentam a pressão da demanda – ou a precariedade dos hospitais e sua perversa política de pessoal – simplesmente por medo, covardia ou omissão: "Mas ninguém põe a cara a tapa lá e vai fazer!". Tomada quase que absolutamente por um imaginário de impotência e desamparo, essa médica não é capaz de reconhecer o quanto é grande a pressão da demanda num hospital público de emergência no Rio de Janeiro, que não pode simplesmente fechar suas portas sem um elevado custo social, ético e político. Hospitais que vivem cotidianamente, como observou uma recepcionista da Emergência, o seguinte dilema: "Se atender é risco, se não atender também".

De todo modo, o corte abrupto e profundo que sua fala produz no conjunto de depoimentos coletados – confrontando-os com imagens tão radicalmente opostas, 'hipérboles' de uma impotência e de um desamparo quase absolutos – sugere que possa ser tomada, esta fala, como uma condensação daquilo que

[24] O termo 'maquiagem' já havia sido utilizado por um enfermeiro da Porta de Entrada para se referir às obras de reforma do hospital.

nas várias outras é o que, de fato, é negado e que, acredito, seja mais do que a impotência, o não poder, mais do que o desamparo ou o caos cotidiano da realidade hospitalar: trata-se do descuido, da indiferença perante a dor, do agravamento (ou mesmo produção) do sofrimento, enfim, da produção do mal que também se verifica em um serviço de saúde.

'Se Atender É Risco, se não Atender Também': o cuidado possível em um hospital de emergência do Rio de Janeiro

O hospital estudado, portas abertas 24 horas e invadido cotidianamente por uma demanda muito maior do que sua capacidade de atendimento, conforma um espaço atravessado pelo sofrimento e pela violência, em suas múltiplas formas: marcado pela miséria e pelo desamparo da população, pela precariedade e insuficiência de recursos materiais e tecnológicos; atravessado pela carência crônica e pela incerteza cíclica com relação à continuidade da prestação de serviços, pela precarização do trabalho e pelo descaso com que os servidores são tratados pelo poder público e com que tratam, muitas vezes, a população que ali vem buscar atendimento.

Nesse cenário, comum aos hospitais de emergência da rede pública do Rio de Janeiro, não só se produz a banalização e a indiferença em relação à dor e ao sofrimento da população, mas também se contribui para o seu agravamento. Também se produz dor e sofrimento. São inúmeras as situações nas quais o descuido e a cegueira diante do sofrimento alheio se embaralham com a impotência dos trabalhadores da saúde e com o seu próprio sofrimento diante das deficiências e da precariedade das condições de funcionamento do hospital.

A despeito do peso desses processos que condicionam negativamente a qualidade do cuidado, algum cuidado ainda é possível. No Hospital João Silva, nossa pesquisa (Sá, 2005) mostrou que o cuidado possível, especialmente em sua Porta de Entrada, no SPA e no Setor de Emergência, se produz, na maior parte das vezes, dentro dos limites definidos pelo dilema assim enunciado por uma recepcionista: "Se atender é risco, se não atender também".

Nesse cenário, como vimos, o imaginário organizacional desempenha importante papel no vínculo que liga os profissionais ao hospital e nas estratégias de defesa contra o sofrimento no trabalho, com impactos relevantes sobre a qualidade do cuidado ali produzido.

Por um lado, podemos dizer que o imaginário do 'hospital potente' em parte exerce sobre os trabalhadores uma função tranquilizadora ou defensiva face às angústias decorrentes das condições em que o trabalho se realiza.[25] É assim com o hospital dos 'feitos heroicos', o hospital 'escola', o hospital que "não recusa paciente", é "um dos melhores hospitais do Rio de Janeiro", conta com uma equipe "excelente" de médicos. É assim com o 'hospital do presente', no qual o caos e a miséria absoluta do 'hospital do passado' se mantêm vivos na memória, 'iluminando' o olhar sobre o presente, não permitindo reconhecer ou enxergar muito nitidamente os problemas, funcionando talvez como uma "heterotopia" (Santos, 1999) às avessas – um olhar sobre o presente tendo o passado como perspectiva, e não o futuro. Tal imaginário parece ser sustentado pelos funcionários em uma espécie de contrato narcísico (Kaës, 1997) que, negando a precariedade e as falhas do hospital, atende a seus desejos de potência, de afirmação e reconhecimento de suas capacidades e identidades, preservando-os do desamparo, de se sentirem "sentados sobre um barril de pólvora".

Com a mesma função se conforma a imagem do hospital que "protege, acolhe e cuida" de seus funcionários; o hospital como pai, mãe, família, casa. Tais imagens, em parte fundadas no fato de que é o hospital, para vários deles, a única possibilidade de acesso à assistência médica, o tornam, para muitos funcionários, fonte de proteção e amparo, tanto material quanto psíquico. Do mesmo modo, no contexto social de desvalorização do trabalho e de competição crescentes, o hospital se torna o espaço imaginário – família, casa, colo materno – onde ainda julgam encontrar o amparo, a solidariedade e a cooperação. Assim, parece que a força do imaginário de proteção e segurança, presente na metáfora da mãe, da família ou da casa, é capaz de operar

[25] Vimos também que esse imaginário de potência, proteção e segurança apenas parcialmente cumpre a função de tranquilização psíquica perante as angústias de desintegração e o desamparo que a realidade de um hospital de emergência parece produzir no psiquismo dos que ali trabalham. Verificamos (Sá, 2005; Sá & Azevedo, 2010) que outros processos e mecanismos utilizados pelos trabalhadores em sua relação com seu trabalho, no hospital estudado, cumprem igualmente, ainda que não exclusivamente, importante papel de defesa contra o sofrimento no trabalho (Dejours, 1999, 2004) com consequências igualmente importantes, negativa ou positivamente, para a qualidade do cuidado. De um lado, situam-se a desilusão, o desinvestimento, a incapacidade de eleger o hospital ou o trabalho como objeto de investimento, a acomodação, a apatia. Na outra ponta, a idealização do trabalho e da profissão e a busca de reconhecimento como possibilidade de transformação do sofrimento, de construção de um sentido para este. Entre esses dois polos, encontramos estratégias variadas, envolvendo, por exemplo, a divisão do trabalho e a responsabilização; a relação do trabalhador com as regras, normas e rotinas da organização do trabalho (incluindo aqui as transgressões, os quebra-galhos e o zelo); a negação (da situação causadora de sofrimento) e suas variações, como as brincadeiras e zombarias; e a busca de apoio nos colegas para lidar com a situação problemática (Sá, 2005; Sá & Azevedo, 2010).

uma ressignificação do espaço hospitalar, tornando-o não só suportável, mas desejável, preferível a outros hospitais. Um espaço onde o que é pequeno e bastante precário vira aconchegante, acolhedor; onde o que é indiscriminado, indiferenciado e confuso torna-se comunicação, comunhão e facilidade de cooperação. Dessa forma, tal imaginário estaria também contribuindo para a idealização dos vínculos existentes entre as equipes, as quais podem viver certa ilusão de comunidade, em que a solidariedade e a cooperação seriam hegemônicas e, paradoxalmente, resultantes da insuficiência de seu espaço físico e da inadequação de sua planta circular.

Vimos que as consequências desse tipo de produção imaginária talvez possam ser tanto mortíferas – pois, como um vírus ou uma cachaça, contaminaria e adoeceria o olhar, turvando a visão e anestesiando ou "inebriando" as percepções sobre a realidade dramática do hospital e não permitindo reconhecer o descuido com a população que ali se produz e o agravamento de seu sofrimento – quanto vitais (ou motoras/motrizes),[26] pois, também como um vírus ou uma cachaça, contagiaria os sujeitos de entusiasmo, mantendo aquecidos (febris?) os corpos para as tarefas mais desgastantes e aceso o desejo com o trabalho numa realidade tão adversa.

E é assim que podemos observar que, para alguns funcionários, a imagem do hospital como mãe não está associada apenas ao bem-estar e à vivência de acolhimento que têm ao trabalhar ali, mas também ao cuidado, à grande dedicação que os funcionários, em sua opinião, prestam aos pacientes.

Desse modo, a imagem do hospital que protege, acolhe e cuida de seus funcionários, como um pai, uma mãe, uma família parece se projetar no olhar de alguns deles a respeito da assistência prestada à população, tornando-os capazes de enxergar, de valorizar (e também de realizar) na precariedade, na insuficiência e no drama cotidiano do hospital, a atenção e o cuidado que ainda são possíveis.

[26] Num sentido mais próximo ao que Enriquez (1997) denomina "imaginário motor".

Referências

BION, W. R. Dinâmica de grupo: uma revisão. *In*: KLEIN, M. *et al.* (Orgs.). *Temas de Psicanálise Aplicada.* Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

BIRMAN, J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! *In*: KEHL, M. R. (Org.). *Função Fraterna.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. *In*: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde.* São Paulo: Hucitec, 1994.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999a.

DEJOURS, C. *Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho.* São Paulo: Fundap, 1999b.

DEJOURS, C. Parte I: Trajetória Teórico-Conceitual; Parte II: A Clínica do Trabalho; Parte III: Perspectivas. *In*: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. (Orgs.). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2004.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. *In*: KAËS, R. (Org.). *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ENRIQUEZ, E. *Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

FREUD, S. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* [1921]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud)

KAËS, R. *La Invención Psicoanalítica del Grupo.* Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 1994.

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O Processo Grupal.* São Paulo: Martins Fontes, 1983.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. da S. Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro. *In*: UGÁ, M. A. D. *et al.* (Orgs.). *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C. & FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência: *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6): 1.334-1.343, 2008.

SANTOS, B. S. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SARAMAGO, J. *Ensaio sobre a Cegueira*. 17. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina Tecnologia e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas*, 1997. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

10
A Dinâmica do Trabalho em Saúde Mental: contribuições da psicossociologia francesa[1]

Vinicius Carvalho de Vasconcellos

Ao longo das últimas décadas, a reforma psiquiátrica brasileira alterou significativamente o panorama da saúde mental no país, influenciando, além do modelo técnico-assistencial, os planos teórico-conceitual, jurídico-político e sociocultural do campo (Amarante, 1997). Nesse cenário, a construção de novas referências para a assistência foi acompanhada por uma série de investigações acadêmicas sobre o trabalho em saúde mental, notadamente estudos de caso. Nessas investigações interessou-se, sobretudo, por examinar a aplicação das políticas públicas ou discutir a construção e os resultados de determinadas práticas assistenciais no contexto da reforma.

Um recorte que ganhou menos enfoque na literatura brasileira relacionada à área da saúde mental é o da pesquisa da articulação entre sujeitos e o coletivo a partir dos processos intersubjetivos e das dimensões simbólica e imaginária da organização e do trabalho assistencial, valorizando-os como categorias analíticas *per se*. Para trilhar essa via de investigação, neste ensaio teórico procuro, dentro do atual contexto da reforma brasileira, discutir questões concernentes ao trabalho em saúde mental com base no olhar da psicossociologia francesa, objetivando, especificamente, a delimitação dos principais eixos de análise

[1] Este texto se origina da dissertação de mestrado intitulada *A Dinâmica do Trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*, desenvolvida no Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) em 2008, sob a orientação da profa. Creuza da Silva Azevedo.

psicossociológica neste campo e o delineamento de problemáticas que possam servir como ponto de partida para pesquisas futuras.

Após breve contextualização da reforma psiquiátrica e do atual cenário da saúde mental no Brasil, expostos na próxima seção, as articulações entre o referencial da psicossociologia francesa e o trabalho em saúde mental ganham concretude em quatro eixos de análise: a dimensão imaginária e os sentidos do trabalho; a intersubjetividade e a dinâmica grupal; a relação profissional-usuário e o vínculo subjetivo com o trabalho. Os eixos selecionados se encontram profundamente imbricados na realidade institucional, e sua divisão em quatro seções distintas apresentou, mormente, um caráter didático. Não tenho a pretensão de, com tais eixos, esgotar a análise do trabalho em saúde mental, em si mesma bastante complexa.

Pesquisar o trabalho em saúde mental é uma tarefa que adquire relevância na medida em que o modo como os profissionais perpetram suas atividades pode fazer grande diferença na vida dos usuários dos serviços assistenciais. Procuro aqui discutir elementos que possam favorecer a compreensão de alguns aspectos menos explorados pela literatura dentro do processo de implantação da reforma.

Reforma Psiquiátrica no Brasil

O tratamento da loucura nas sociedades ocidentais esteve, desde o fim do século XVIII, ancorado no modelo manicomial. Tal modelo, delineado na aurora da modernidade em meio às intensas transformações sociais e econômicas na Europa, incluía o isolamento social dos loucos, a internação em instituições totais, o tratamento moral, o padrão disciplinar da assistência e a exclusividade do discurso médico na condução dos casos, como analisam, ainda que com diferentes ênfases, Foucault (1978), Castel (1978) e Birman (1978). Esse conjunto de intervenções, em última análise, colocara o louco diante de um processo de aplicação de saber-poder solidificado na emergência da psiquiatria moderna.

A partir da segunda metade do século XX, o paradigma manicomial passou por momentos de reformulação, surgindo movimentos de reforma psiquiátrica em diversos países da Europa e nos Estados Unidos, como examinam Desviat (1999) e Amarante (1995). Os ecos desses movimentos de reforma, ao atingirem

o Brasil, encontraram um país com uma cena assistencial caracterizada pela internação em colônias de alienados (nas quais a praxiterapia de cunho agrícola constituía-se como pilar fundamental); pelo sucateamento da assistência na rede pública; pela cristalização do modelo manicômio-dependente e pela expansão da cobertura psiquiátrica por meio da contratação de leitos privados (Resende, 1992; Delgado, 1998), conformação que moldou uma situação de abandono e desqualificação para o sofrimento mental.

Nessa conjuntura, a reforma psiquiátrica brasileira ganhou maior expressão a partir da década de 1970, tendo como um dos seus principais gatilhos a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (órgão governamental responsável pela condução das políticas da área), conhecida como "a crise do Dinsam". Esta se traduziu em uma greve em quatro importantes unidades assistenciais do Rio de Janeiro, deflagrada, entre outras razões, pelas péssimas condições de trabalho e pelas críticas ao modelo assistencial, notoriamente hospitalocêntrico e cada vez mais privatizado. Esse episódio repercutiu bastante na opinião pública e desdobrou-se no Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ator político ainda importante na esfera da reforma psiquiátrica (Amarante, 1995).

Concomitantemente, grassava entre os profissionais e acadêmicos as ideias de Foucault, Castel, Basaglia, Szasz, ao mesmo tempo que ocorria o *boom* da psicanálise no Brasil. Configurou-se assim um contexto intelectual contestador e reflexivo, que adquiriu densidade por meio de congressos ocorridos ainda no fim da década de 1970, tais como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (1978) e o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo (1979), entre outros.

Dentre as influências internacionais mais significativas no movimento reformista brasileiro, sublinha-se a experiência italiana, que se inscreve em um processo de complexificação da análise e intervenção na loucura. As rupturas operadas pela reforma italiana alçaram a outro nível o debate a respeito do saber-poder dos profissionais e do encontro técnico-usuário nos serviços assistenciais. Tal debate desvelaria nas engrenagens do funcionamento dos serviços o signo de uma profunda assimetria de poder, sobretudo "uma relação de opressão e de violência entre o poder e o não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro" (Basaglia, 1985: 101). Aqueles que detêm esse poder dentro do contexto manicomial (o psiquiatra, o psicoterapeuta, o assistente social etc.) são qualificados como os novos

administradores da violência, e "sua tarefa, que é definida como terapêutica-orientada, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de 'objetos de violência'" (Basaglia, 1985: 102).

Em tela, surge também a reflexão a respeito da relação loucura-sociedade, pautada na acepção de que o manicômio e o conceito de loucura são depósitos obscuros nos quais a sociedade expele seus refugos, com o fito de não se reconhecer em suas próprias contradições (Basaglia, 1985). Nesse contexto, há um deslizamento no eixo da questão, de forma que a discussão sobre a problemática da loucura transcende o simples aprimoramento técnico e se reporta à sociedade, convergindo para a defesa da desinstitucionalização da loucura em seu sentido *lato*, o que abarca questões epistemológicas, sociais e políticas, além da reformulação dos locais de tratamento, das práticas assistenciais, da relação terapêutica e da revisão da internação como mecanismo de tratamento.

Partindo dessas referências, a reforma psiquiátrica brasileira ensaiou seus primeiros passos em direção a um novo modelo assistencial ainda na década de 1980, investindo na estratégia de ambulatorização e privilegiando as ações de saúde pública. Progressivamente, ao longo da década de 1990, a substituição do modelo manicomial ganhou nova expressão com o advento de cooperativas de usuários dos serviços, de residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais, moradias protegidas e hospitais-dia até que os centros de atenção psicossocial (Caps) assumiram a posição de organizadores da rede assistencial. Com o intento de evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias, os Caps passaram a ofertar atendimento diuturno extra-hospitalar que abrange cuidados médicos e reabilitação psicossocial (Brasil, 2004).

Outras importantes bandeiras da reforma brasileira foram a territorialização da assistência; a defesa da participação ativa das famílias, usuários, trabalhadores e comunidade no cuidado; a garantia de acesso/acolhimento dos usuários e a composição multiprofissional das equipes, esta última contrariando a exclusividade da psiquiatria como 'metarrelato' da loucura. A inserção de novos saberes na assistência espelha a complexidade assumida no trato com a loucura, opondo-se sobremodo à redução desta ao paradigma epistemológico médico-científico, simbolizado na concepção de doença mental.

Apesar da aparente coesão, a reforma brasileira mostrava constituição heterogênea, mesclando no mesmo mosaico não apenas profissionais de va-

riadas formações, mas também variados atores, como o MTSM, integrantes do movimento sanitário, sindicalistas e membros de associações de familiares e usuários (Delgado, 1992). Dessa forma, o difundido repúdio ao manicômio não significava absoluta similitude na proposição de novos caminhos para a assistência: "quando se trata de propor um novo modelo de cuidados na saúde mental, vai se tornando claro que a convergência dos que são 'anti' o manicômio esconde, na realidade, muitas perspectivas diferentes" (Bezerra Jr., 1999: 135)

A Dimensão Imaginária e os Sentidos do Trabalho

Uma forma prolífica de analisar a reforma psiquiátrica brasileira é compreendê-la, essencialmente, como um movimento que almeja a criação de novos sentidos coletivos para assistência, isto é, representações e desejos que moldam uma nova finalidade para a realização do trabalho. São essas representações e desejos que, em última instância, sustentam as mudanças nas políticas públicas de saúde mental, no desenho institucional dos serviços assistenciais, na oferta de práticas profissionais e nos saberes que atravessam o cuidado oferecido ao usuário.

A respeito dessa temática, a psicossociologia francesa apresenta-se como um referencial teórico robusto, sobretudo ao sublinhar a categoria de imaginário como ponto de partida para a formação de significações compartilhadas por um grupo social (Lévy, 2001; Freitas, 2000), tornando-o assim uma categoria teórica relevante para se apreender a conformação de novos sentidos para o trabalho.

Polissêmico nas ciências humanas e sociais, o imaginário, dependendo da apropriação teórica, pode ser concebido com base em seu valor criativo, seu matiz estruturante, sua capacidade reguladora nas relações sociais ou, ainda, sua inserção no sistema inconsciente, fazendo-o, neste caso, cenário para expressão do desejo (Giust-Despraires, 2002). Castoriadis (1982) advoga que o imaginário diz respeito à faculdade originária de pôr ou de dar-se, sob a forma de representação, coisas e relações que não são dadas na percepção, ou seja, à capacidade elementar de evocar uma imagem.

Retomando as teses de Castoriadis (1982), Takeuti (2002) ressalta que o imaginário constitui-se a partir de dois elementos indissociáveis, quais sejam: a psique (singular), lócus da fantasia e da emergência das representações, e a

instituição histórico-social, coletivo anônimo que não se esgota nas manifestações conscientes, racionais e funcionais, sendo marcado pela união/tensão da sociedade instituinte e da sociedade instituída. Na concepção de Castoriadis, as significações imaginárias designam as finalidades da ação (o que deve ou não ser feito, o que é bom ou não) e estruturam as representações do mundo em geral, de modo a sustentar o funcionamento da sociedade e a realização de determinadas práticas sociais (Takeuti, 2002).

A psicossociologia francesa vale-se das ponderações de Castoriadis e enfatiza o imaginário como força produtiva capaz de influenciar a dinâmica social. Nesse sentido, o imaginário social traduz "certa maneira de representar aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, aquilo que queremos fazer e em que tipo de sociedade e de organização desejamos intervir" (Enriquez, 1994a: 57). Com efeito, a efetivação dos projetos coletivos, como a reforma psiquiátrica, depende da existência de um imaginário comum que represente o grupamento social nas suas aspirações e em sua autoimagem, constituindo, deste modo, um sistema de valores suficientemente interiorizado pelos indivíduos (Enriquez, 1994b).

Especificamente no estudo das organizações, Enriquez (1997) destaca a existência de um sistema imaginário que perpassa, em conjunto com os sistemas simbólico e cultural, toda a vida organizacional. Nesse contexto, o sistema imaginário é caracterizado por desejos, imagens e representações psíquicas compartilhadas por membros de um grupo/organização, sendo traspassado por processos inconscientes e estando intimamente ligado ao sistema simbólico (conjunto de valores e mitos). O autor afirma ainda que o sistema imaginário pode apresentar duas formas. O imaginário enganoso é aquele no qual a organização prende os indivíduos nas suas próprias afirmações narcísicas ou em sua carência de amor, capturando-os na possibilidade de ter seus desejos correspondidos. Este imaginário forra a instituição com o signo da onipotência e, levado ao extremo, favorece o aprisionamento dos profissionais nas malhas da repetição e da inércia.

Em contrapartida, o imaginário motor instiga a criatividade e a experimentação do trabalhador, eximindo-o da sensação de enquadramento constante que o uso abusivo de regras e normas pode gerar. Este imaginário é capaz de fecundar o real, trazendo a possibilidade de instaurar a diferença na organização, seja criando rupturas ou induzindo mudanças no seio desta. O imaginário

motor é capaz de levar os membros de uma organização a percebê-la de outra forma, mormente a partir da criação de uma fantasmática compartilhada que permite o exercício da experimentação e do pensamento questionador (Azevedo, 2005).

Voltando à reforma psiquiátrica brasileira, alguns pontos devem ser considerados na formação de suas significações imaginárias, de seu imaginário. O mito de origem da reforma exprime um movimento grevista impulsionado por forte mobilização nas bases da assistência, o que lhe confere, por um lado, um caráter de ruptura diante do modelo anterior e, por outro, legitimidade por não ter sido imposto verticalmente. Outro ponto refere-se à diversidade dos atores que compõem a reforma, o que enseja a necessidade de negociação contínua e certa heterogeneidade na formação do movimento.

Nesse enquadre, uma abordagem possível é entender a reforma vislumbrando-a como uma intrincada luta pelo estabelecimento de um novo imaginário e, por conseguinte, de novos sentidos para o trabalho. Em primeiro lugar, é necessário reconhecer que o modelo manicomial assenta-se também em um imaginário que tem forte impregnação coletiva, e o processo de constituição de novas significações imaginárias, no cotidiano dos serviços, configura-se como processo intrincado e lento. Em segundo lugar, cabe indagar se, confronte à diversidade entre os sujeitos, a reforma consegue construir uma agenda mínima de interesses, favorecendo a mobilização subjetiva e novas bases para um imaginário de mudanças que possa ser compartilhado.

Recentes estudos empíricos, em que pesem seus distintos objetivos e diferenças teóricas, tocam nas representações coletivas ou no imaginário social no âmbito dos serviços de saúde mental, assim como na questão dos sentidos assumidos pelo trabalho. No entanto, a dessemelhança dos achados empíricos não faculta conclusão definitiva, expondo a necessidade de se aprofundar a discussão.

De uma parte, alguns pesquisadores ressaltaram práticas profissionais assaz encerradas em um imaginário de mudança, expressos em sentidos para o trabalho tais como a realização de um cuidado alicerçado na reflexão sobre a relação loucura-sociedade, como ocorre nos trabalhos de Nunes e colaboradores (2008) e de Honorato e Pinheiro (2008). Vasconcellos e Azevedo (2010), por seu turno, encontram na conformação de um imaginário de transformação diante do modelo manicomial sentidos para o trabalho, tais

como a mitigação do sofrimento, a criação de novas formas de existência/inserção social para os usuários e a redução das assimetrias entre estes e profissionais. Esses relatos consubstanciam-se na constituição de um imaginário motor, essencialmente marcado pela ruptura e pela instauração de uma dinâmica instituinte e crítica.

De outra parte, Garcia e Jorge (2006) e Koda e Fernandes (2007), por exemplo, localizaram em seus estudos de caso a existência de uma mistura entre a psiquiatria tradicional e as premissas da reforma, decorrente da subsistência dos códigos de conduta das práticas manicomiais. A partir de referencial teórico aqui adotado, emerge nesses casos uma "contaminação recíproca" (Takeuti, 2002: 216) entre significações próprias ao modelo manicomial e ao modelo reformista. Por seu turno, Leão e Barros (2008) trazem à baila a persistência de representações sociais típicas da psiquiatria tradicional nos profissionais que trabalham em Caps. Essas referências alertam para a persistência, em algum nível, do imaginário manicomial, mesmo que este não esteja tão explícito ou não se apresente hegemônico como antes.

Convém ponderar ainda, mesmo sendo uma hipótese polêmica, a possibilidade de o próprio imaginário da reforma se transmudar em um imaginário enganoso. Esse risco adquire relevância notadamente a partir do engessamento de práticas assistenciais, da incapacidade de buscar alternativas criativas para se operar no 'real' do trabalho e da ascensão de discursos onipotentes e distantes da realidade institucional.

Intersubjetividade e Dinâmica Grupal

Outro aspecto passível de análise psicossociológica no cotidiano dos serviços relaciona-se à dinâmica do trabalho em equipe. Esta se revela frequentemente como um ponto crítico no trabalho em saúde mental, o que se deve, em parte, à precipitação, nos serviços assistenciais, de uma grande mescla de princípios ontológicos, metodológicos e teóricos, não apenas no que concerne ao aporte das diferentes profissões atuantes, mas também em função da existência de distintas linhas de pensamento que tratam do cuidado. Na tentativa de esquadrinhar essa realidade institucional, Bezerra Jr. (1999: 139) situa três linhas de pensamento, cada qual constituindo uma grande matriz teórico-técnica para a assistência: "a psiquiatria biológica, a psiquiatria

inspirada pela reforma italiana e pelo pensamento sanitarista brasileiro e a psiquiatria influenciada pela psicanálise".

No primeiro caso, a aposta recai em uma atitude estritamente científica diante da questão do sofrimento mental, valendo-se dos saberes médicos e biológicos para a determinação de etiologia e tratamento. Para a corrente inspirada no modelo italiano, a ênfase recai sobre o contexto político-social da psiquiatria, a reinserção social da loucura e o constante exercício de reformulação das práticas. Por fim, para os psicanalistas, a questão clínica emerge como prioritária na melhoria do cuidado, enfatizando-se, assim, intervenções dirigidas à subjetividade do usuário.

Além das linhas de pensamento, os diferentes *status* profissionais e a divisão de poder nas equipes de saúde mental emergem como temas relevantes. Entram em cena, por exemplo, a força da tradição positivista e biocêntrica e o papel ainda hegemônico da psiquiatria, que geralmente demarca uma escala de autoridade que privilegia o poder médico, ocasionando o que Figueiredo (2000) denominou equipe hierárquica. O psiquiatra, além de carregar o prestígio social e a tradição da medicina, é o profissional comumente chamado para intervir nos casos e situações mais graves, padrão que o envolve em um imaginário de potência. Essa dinâmica pode cumprir a função psíquica de aplacar a angústia dos demais profissionais diante de crises nas quais, muitas vezes, eles se sentem indecisos sobre o que fazer, ainda que o discurso mais corrente aponte para o desconforto desses profissionais diante da posição privilegiada da psiquiatria.

Esse contexto constitui-se como campo fértil para a análise psicossociológica. A psicossociologia francesa assume que toda dinâmica de trabalho em grupo expressa processos que extrapolam a racionalidade consciente de seus partícipes, realçando os elementos imaginários, os processos inconscientes, as exigências pulsionais e experiências afetivas dos indivíduos. Pagès (1974), por exemplo, explora o modo como afetos, normalmente imperceptíveis, influenciam a interação entre os indivíduos, podendo inclusive explicar as divisões nos grupos e a existência de argumentos estereotipados que eventualmente se apresentam como mecanismos de defesa nas formações grupais. Nas equipes, amiúde o cruzamento de distintos projetos pessoais ou grupais e a luta por prestígio mobilizam conflitos. Invocam-se aqui as teses de Enriquez (1997) sobre a dialética do reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento soldado às formações grupais. De uma parte, o indivíduo (ou grupo de indivíduos)

almeja o reconhecimento de seu desejo e de sua singularidade em relação aos demais, com vistas a submetê-los aos seus próprios desígnios e concepções, objetivando uma posição de prestígio. Em paralelo, o indivíduo (ou conjunto de indivíduos) anseia ser reconhecido como membro do grupo, comungar com seu objeto de idealização e com seu projeto comum.

Sejam geradas por diferenças entre as linhas de pensamento ou entre as profissões, as dificuldades existentes na dinâmica do trabalho em equipe parecem estar atreladas, como destaca Onocko Campos (2003), a padrões de relacionamentos fincados na ameaça inconsciente que o outro representa, padrões estes que fracassam na constituição de áreas intersubjetivas que permitam a experiência da diferença como uma vivência não mortal.

Uma forma de lidar com essa problemática refere-se à formação de projetos que sejam compartilhados pelos diferentes profissionais. Para Enriquez (1994b), os projetos compartilhados constituem-se a reboque de três processos: a idealização, a ilusão e a crença. O primeiro empresta excepcionalidade ao projeto no momento em que o eleva à condição de ideal. A ilusão canaliza o desejo para o projeto e reduz a interrogação sobre o valor desse direcionamento, ao passo que a crença elimina a dúvida sobre o mesmo e instaura a certeza sobre sua veracidade. Na compleição desses dispositivos, o projeto enleva os indivíduos envolvidos, fazendo com que estes lhe doem seu tempo e vitalidade.

Retomando elementos da seção anterior, forçoso assinalar que a constituição do grupo em torno da realização de um projeto comum depende do investimento psíquico dos indivíduos em determinado imaginário social (Enriquez, 1994b). Nesses termos, o estabelecimento de projetos coletivos, como a reforma psiquiátrica, passa necessariamente pelo compartilhamento e robustez de seu imaginário diante da diversidade do campo assistencial.

A potência de determinado imaginário em congregar diferentes indivíduos no projeto comum reside em sua capacidade de representar de fato as aspirações do grupamento social, constituindo, desse modo, um sistema de valores e crenças suficientemente compartilhado. Ainda que existam diferentes representações e desejos acerca do processo assistencial, a existência de significações imaginárias compartilhadas afigura-se como base necessária para o estabelecimento de um projeto comum. O processo identificatório em torno desse projeto permitirá a limitação do narcisismo individual e, portanto, o reconhecimento da alteridade, abrindo caminho, no plano da política, para a

negociação das concepções profissionais prévias e a criação de estratégias para lidar com a luta de poder entre grupos.

Nos serviços assistenciais, ressalta-se ainda como forma de mediar os conflitos grupais a construção de espaços coletivos que possibilitem o manejo e a sustentação do grupo, isto é, seu 'suporte' (Onocko Campos, 2003). Nos serviços de saúde, as reuniões de equipe, as supervisões, as comissões e os grupos de trabalho não apenas facultam a resolução de questões práticas da gestão e da assistência, mas também ensejam a possibilidade de se constituir como um *setting* para elaboração psíquica dos membros do grupo, especialmente nos momentos de fragmentação, conflito e tensão entre o instituído e a capacidade inventiva dos sujeitos (Sá & Azevedo, 2010).

Nesses momentos, os coordenadores dos Caps e os supervisores adquirem posição estratégica: o exercício da liderança e a capacidade de escuta e encaminhamento, não apenas das propostas objetivas mas também das demandas de sentido que emergem na dinâmica intersubjetiva dos diversos sujeitos, são importantes para equacionar problemas no trabalho assistencial e podem contribuir para a construção de um imaginário capaz de aglutinar tais sujeitos. Nesta mesma trilha, Sá e Azevedo (2010), ao analisar a intersubjetividade nos serviços de saúde, enfatizam como a atuação da chefia pode assumir uma função psíquica potencialmente estruturante, podendo ser propícia à coesão, à identificação e ao tratamento de conflitos. Desta feita, os gestores cumpririam o papel de articulação e condução dos interesses e desejos dos grupos, potencializando o laço social e a experiência de grupalidade.

A diversidade de projetos assistenciais e profissionais da saúde mental fornece o passaporte para um cuidado enriquecido pelas contribuições de cada saber, mas exige, como contrapartida, a capacidade de lidar e elaborar os problemas que brotam do ventre dessa pluralidade, como os conflitos intersubjetivos, as diferenças de poder e as dificuldades na comunicação e na demarcação das fronteiras profissionais. Contudo, essas ações não podem estar acompanhadas de um discurso que simplesmente exorte a equipe a trabalhar na total ausência de conflitos, pois esse tipo de discurso é ingênuo e encobridor.

A despeito do desgaste, das angústias e do mal-estar que possam acarretar, os conflitos, desde que dentro de certos limites, propiciam rachaduras na instituição, evitando a imutabilidade das regras e ocasionando um favorável "estado de crise latente" (Lévy, 2001). É necessário abdicar da miragem de uma

organização plenamente harmoniosa e do "fantasma do uno" para manejar melhor as divisões na equipe, potencializando o imaginário motor e facilitando o desencadeamento de processos criativos e de mudança nos serviços de saúde (Azevedo, 2002).

Por fim, uma importante vereda de pesquisa a ser explorada trata de investigar mais profundamente os serviços de saúde mental com base na intersubjetividade, nos conflitos entre os grupos e no papel da liderança/supervisão, movimento que pode gerar valiosos insumos para a gestão e, consequentemente, para o atendimento dos usuários.

Relação Profissional-Usuário

Se a reforma brasileira busca quebrar a lógica hospitalocêntrica com a oferta de novos serviços e introduzir novos saberes na assistência, no fundo almeja também transformações na relação profissional-usuário. Ao valorizar a dimensão intersubjetiva, a psicossociologia francesa pode contribuir para a análise dessas transformações, considerando então não apenas os conhecimentos e papéis a desempenhar por profissionais e usuários, mas também suas representações, fantasias, defesas e afetos. Sá, por exemplo, ao pesquisar o trabalho em saúde por meio da psicossociologia francesa, ressalta "sua característica relacional/subjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre o outro, em suas experiências vivenciadas, portanto singulares, de vida, prazer, dor, sofrimento e morte" (Sá, 2005: 48).

Na saúde mental, Cooper (1973), antes mesmo da consolidação das principais reformas psiquiátricas do mundo, estudou as fantasias usuais dos profissionais de instituições psiquiátricas sobre seus pacientes, entre as quais aquela que afirma que os pacientes precisam ser instigados verbal ou fisicamente a se levantar da cama, caso contrário ficarão lá todo o dia. Outra fantasia detectada pelo autor asseverava que os loucos que não se engajarem em algum tipo de tarefa, como projetos ocupacionais ou o trabalho de manutenção do hospital, tornar-se-ão pacientes crônicos. Essas fantasias, com efeito, não emergem descoladas das crenças sobre a loucura e do modelo de tratamento vigentes entrementes.

De toda forma, algumas representações da loucura ainda parecem estar bastante disseminadas na sociedade, como, por exemplo, a ideia de que os loucos são perigosos, concepção possivelmente ligada ao comportamento por vezes

dissonante e imprevisível destes quando comparado aos padrões de conduta social. Paradoxalmente, ao lado da periculosidade surge uma representação atrelada à vulnerabilidade, talvez assentada na confluência de alguns elementos que comumente acompanham a loucura, como dificuldades econômicas e sociais, problemas emocionais e abandono ou briga com familiares.

Convém frisar que a subjetividade dos técnicos inclui referências culturais e simbólicas que foram geradas no convívio social, absorvendo, *ipso facto*, os valores e o imaginário social dominantes. Os profissionais, portanto, sofrem influência dos sentidos atribuídos ao louco na sociedade em geral, o que os coloca, no decurso de suas vidas, insistentemente em contato com as representações anteriores, além de outras tais como as representações que associam loucura a incapacidade, intratabilidade e bizarrice. A adesão ao imaginário da reforma psiquiátrica, no entanto, traz consigo a possibilidade de se construir novas representações e desejos no seio da relação assistencial, ainda que seja difícil fugir por completo do efeito coercitivo que o conjunto social exerce.

Essas representações e imagens estão geralmente vinculadas aos afetos na cena assistencial, por vezes gerando vivências ambivalentes nos profissionais. Assim, a periculosidade pode engendrar, em certas ocasiões, o sentimento de medo (sobretudo de ser agredido por usuários intempestivos) e a vulnerabilidade pode, eventualmente, despertar nos profissionais uma função protetora, além de afetos como compaixão, carinho e amor (Vasconcellos, 2008). Ainda que estejam ordinariamente ausentes do discurso dos profissionais, sentimentos como repulsa, hostilidade ou mesmo ódio também não podem ser descartados *a priori* das investigações psicossociológicas em saúde mental.

O imaginário dos técnicos sobre o louco demarca, no fundo, um conjunto de significações sobre o papel profissional, sinalizando as possibilidades e os limites do cuidado e balizando a atuação dos trabalhadores. Por exemplo, o profissional que imputa a um louco, ainda que de modo inconsciente, a condição de intratável ou incapaz restringe, de imediato, as possibilidades terapêuticas e sua atuação na assistência. Em acréscimo, os modos de representar o louco traduzem, igualmente, o grau e a natureza das (as)simetrias que separam (ou ligam) os dois partícipes do par assistencial, assim como afetam as bases desta relação. Ao atribuir ao louco a condição de total ignorante (inclusive sobre sua própria condição psíquica), o profissional pode estar, inconscientemente, buscando reforçar sua condição de douto, movimento que pode gerar o malefí-

cio de coibir a participação mais efetiva do usuário em sua própria assistência.

No polo oposto, o reconhecimento do louco como sujeito que tem algo a dizer sobre sua loucura provavelmente favorecerá seu engajamento nas atividades propostas, trazendo ganhos para o cuidado. De um modo ou de outro, a relação indissolúvel entre o imaginário sobre o louco e o papel profissional, por parte dos técnicos, define sobremaneira a dinâmica de interação na assistência, constituindo uma variável-chave para se compreender seus (des)caminhos.

Costa (1996) condensa esses elementos ao advogar a existência de três éticas de interação possíveis no encontro do profissional com o louco, bem entendidas como tipos ideais. A ética da tutela, mostrando traços manicomiais, caracteriza-se pela posição prévia do profissional em definir o usuário como um ser privado de razão e de vontade, configurando uma ética instrumental e objetivante por parte do profissional. A ética da interlocução, por sua vez, se pauta na concepção de que o louco não é essencialmente privado de razão e de vontade, mas sim atravessado por outra razão e por outra vontade, próprias a cada individualidade, e geralmente definidas pelo vocabulário psicológico. Essa ética modela, dessa forma, um cuidado pautado pela interação dentro do espaço privado, com influência da psicanálise. Por fim, na ética da ação social, o usuário do serviço e o profissional da saúde mental definem-se como pares, buscando uma relação igualitária baseada na ideia de que ambos são cidadãos, o que engendra uma ética pública e que traduz elementos inspirados na reforma italiana.

Valendo-se ou não da construção teórica das éticas de interação, pesquisas com o intento de descortinar de forma mais detalhada a relação entre o imaginário dos técnicos e sua atuação junto aos usuários, bem como todos os mecanismos psíquicos associados a tal relação, formam, sem dúvida, um dos pontos mais importantes da agenda de pesquisa na área da saúde mental.

Vínculo Subjetivo com o Trabalho

Nos profissionais da saúde mental, as vivências relacionadas aos sentidos do trabalho, à relação com a equipe e ao encontro com os usuários dos serviços, no fundo, convergem para a criação de um determinado modo de se relacionar com suas próprias atividades, isto é, um vínculo subjetivo com este. Dentre os possíveis recortes para se investigar essa temática, a

psicossociologia francesa privilegia, entre outras, questões atreladas ao desejo, ao narcisismo e ao reconhecimento, bem como os afetos vivenciados no ambiente laboral.

Nesse enquadre, parte-se da premissa de que a vida nas organizações não se resume ao trabalho executado, visto que estas se apresentam como lugares transpassados pelo desejo, onde convivem o prazer da conquista e a angústia do fracasso (Freitas, 2000). É possível conceber, similarmente, as organizações como um ambiente no qual os indivíduos lutam por sua afirmação narcísica em um constante esforço de significação de suas experiências, o que abarca, por exemplo, as vivências de sucesso/fracasso e de realização/frustração em virtude dos resultados do trabalho.

Nessa discussão, parece valiosa a noção de contrato narcísico, resgatada por Kaës (1997), que defende que cada sujeito é portador de um lugar no conjunto social. Esse lugar é objeto de investimento narcísico simultaneamente pelo sujeito e pelo conjunto social, de modo a garantir a continuidade de ambos. O lugar social dos profissionais da saúde mental está investido pela presunção de uma capacidade de intervenção positiva no sofrimento psíquico alheio, papel este sustentado na cena assistencial pelos usuários dos serviços, pelos seus familiares e pela sociedade em geral. Em uma experiência de sucesso profissional, como no caso de bons resultados no atendimento de determinado usuário do serviço, o contrato narcísico é reforçado; em contrapartida, insucessos e frustrações em série, sem a presença de mecanismos regulatórios, podem desestabilizar o vínculo libidinal do profissional com o seu trabalho e com o lugar social que este propicia.

Uma possibilidade profícua de análise está na investigação de como os profissionais lidam com a dificuldade de vislumbrar resultados no campo da saúde mental. Algumas formas de elaborar os eventuais fracassos assistenciais apontam para a responsabilização pessoal, para as dificuldades intrínsecas da assistência à loucura (complexidade dos casos) ou para falhas na organização das atividades, nas condições de trabalho ou nas políticas públicas. Caso tais fracassos se desdobrem em vivências de desilusão e sofrimento, estas podem dificultar o investimento psíquico dos técnicos no seu trabalho e, por consequência, minar as possibilidades de êxito em um círculo vicioso *ad infinitum*.

Faz-se necessário, neste ponto, salientar que as atividades profissionais na saúde mental, assim como na saúde pública em geral, são exercidas na maioria

das vezes em uma conjuntura de sucateamento e desvalorização dos serviços, incluindo má gestão de recursos humanos (ausência de perspectivas de crescimento profissional, falta de pessoal, baixa remuneração e parca qualificação), ausência de insumos básicos para assistência e inadequação física das instalações. Esse quadro, destarte, torna-se obstáculo para que o trabalho assuma a condição de objeto de investimento libidinal por parte dos profissionais (Sá, 2005), podendo ocasionar esmaecimento do vínculo subjetivo e até mesmo um estado de embotamento (insensibilidade) afetivo em relação ao trabalho.

O confronto continuado dos técnicos com as carências de infraestrutura torna-se fonte também de um processo imaginário que envolve desqualificação, descrédito e impotência, dificultando a experiência do próprio trabalho como uma realização de si. Esse imaginário, bem como seus efeitos nos serviços de saúde brasileiros, foi recentemente analisado com um olhar psicossociológico por Azevedo, Fernandes e Carreteiro (2007).

Mesmo diante desse cenário adverso, a saúde mental apresenta casos de sucesso na assistência, permitindo a obtenção de realização/reconhecimento profissional e o reforço do contrato narcísico. A luta por reconhecimento, de fato, impõe-se como uma questão nevrálgica na ligação dos indivíduos com a organização (Enriquez, 1997), porquanto remete à capacidade de resposta aos desejos de afirmação narcísica dos profissionais e às experiências de prazer no trabalho.

Os efeitos da consolidação da reforma psiquiátrica brasileira devem ser sempre observados quando se discute esta temática. Esse processo busca fornecer novos ideais, sentidos e expectativas para o cuidado em saúde mental, o que reverbera na forma de ligação subjetiva com o trabalho. Por exemplo, a filiação às propostas de transformação advindas da reforma pode franquear aos técnicos uma inserção profissional positiva, baseada na sensação de pertencimento a um coletivo mobilizado por uma justa tarefa, ajudando a suportar entraves, tais como a falta de recursos materiais e humanos.

A crença no valor positivo do próprio trabalho engendra, nos dizeres de Kaës (1991), uma aderência narcísica à tarefa primária, isto é, uma identificação favorável com a missão das instituições da saúde mental. Ainda que inseridas em um referencial teórico bastante distinto, Rebouças, Legay e Abelha (2007), baseadas em pesquisa levada a cabo no Rio de Janeiro, atestam que o grau de satisfação dos trabalhadores tende a ser maior quando estes

atuam em projetos que buscam materializar as novas propostas assistenciais da reforma psiquiátrica.

Em contraposição, uma linha de investigação que merece aprofundamento trata da sobrecarga e das exigências psíquicas que podem advir da própria grandiosidade da reforma psiquiátrica. Em meio a um projeto de tão difícil implantação e com tantos enfrentamentos, até que ponto as expectativas mais audaciosas da reforma não podem desembocar, caso não sejam elaboradas adequadamente, em desilusão no exercício profissional?

A Articulação dos Eixos no Ato Assistencial

Procurei, dentro de seus limites, nesta leitura da psicossociologia francesa, reconhecer as interfaces, no seio da organização, de projetos conscientes e racionais com o imaginário, o desejo e o afeto (Azevedo, 2005), admitindo a grande complexidade de se estudar os liames indivíduo-trabalho-organização. Meu propósito aqui foi buscar articulações entre esse marco conceitual e o trabalho em saúde mental, articulações estas que não se limitam à seleção de tópicos privilegiados de análise, englobando, do mesmo modo, a proposição de hipóteses e possibilidades de investigação. Com efeito, parti da premissa de que o estudo do trabalho em saúde mental se enriquece na observância dos tópicos privilegiados na análise psicossociológica.

Considerando-se os quatro eixos citados nas seções anteriores, bem como a profunda inter-relação entre os mesmos, é possível conceber cada ato assistencial como uma condensação momentânea não só de elementos técnicos ou políticos (como advogariam setores mais influenciados pela reforma italiana), mas também de elementos imaginários, simbólicos e afetivos, de maneira que o imaginário e os sentidos do trabalho, a intersubjetividade e dinâmica grupal, a relação profissional-usuário e o vínculo subjetivo com o trabalho parecem inelutavelmente entrar em cena na realização das práticas profissionais.

Em interação constante, esses elementos se afetam reciprocamente, conformando uma dinâmica que desenha o ato assistencial como uma síntese recôndita dos mesmos. Essa condensação, entretanto, não assume uma forma perene e imutável, como uma estrutura na qual as ações estariam destinadas irrevogavelmente a se encaixar; ao contrário, traduz-se em uma mescla comple-

xa, costurada *pari passu* com as particularidades emergentes na própria atuação do profissional ou do grupo de profissionais.

Ex positis, o ato assistencial, seja ele a realização de uma oficina, o atendimento aos familiares, uma visita domiciliar ou o acolhimento de um usuário em crise, desvela, antes de tudo, um arranjo, feito e refeito incessantemente no contato com cada demanda que o serviço apresenta. Diante dessas demandas, de suas circunstâncias e da premência por respostas, tal arranjo irrompe como a composição possível, nunca perfeita, entre os elementos arrolados anteriormente, de modo que é essa composição que confere ao ato assistencial sua feição.

Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. *In*: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2): 349-361, 2002.

AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AZEVEDO, C. S; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.410-2.420, 2007.

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA Jr., B. A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação. *Cadernos Ipub*, 14: 135-144, 1999.

BIRMAN, J. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro no alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTORIADIS, C. *A Instituição Imaginária da Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

COOPER, D. Vila 21: uma experiência em antipsiquiatria? *In*: COOPER, D. (Org.). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. *In*: FIGUEIREDO, A. C. & SILVA FILHO, J. F. (Orgs.). *Ética e Saúde Mental.* Rio de Janeiro: TopBooks, 1996.

DELGADO, P. G. *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DELGADO, P. G. Cidadania e saúde mental. *Cadernos Cepia – Saber Médico, Corpo e Sociedade*, 4: 91-105, 1998.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ENRIQUEZ, E. O papel do sujeito humano na dinâmica social. *In*: LÉVY, A. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994a.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. *In*: LÉVY, A. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994b.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

FIGUEIREDO, A. C. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos Ipub*, 17: 124-130, 2000.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREITAS, M. E. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise. *In*: MOTTA, F. P. & FREITAS, M. E. (Orgs.). *Vida Psíquica e Organização*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

GARCIA, M. L. P. & JORGE, M. S. B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 765-774, 2006.

GIUST-DEPRAIRIES, F. Representation et imaginaire. *In:* BAURUS-MICHEL, J. *et al.* (Orgs.). *Vocabularie de Psychosociologie*. Paris: Érès, 2002.

HONORATO, C. & PINHEIRO, R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis*, 18(2): 361-380, 2008.

KAËS, R. (Org.) *A Instituição e as Instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KODA, M. Y. & FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6): 1.455-1.461, jun. 2007.

LEÃO, A. & BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 17(1): 95-106, 2008.

LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais.* Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

NUNES, M. *et al.* A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1): 188-196, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. *In*: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

PAGÈS, M. *A Vida Afetiva dos Grupos: esboço de uma teoria da relação humana*. Petrópolis, São Paulo: Vozes, Edusp, 1974.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F. & ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e o impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 41(2): 244-250, abr. 2007.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.* Petrópolis: Vozes, 1992.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais em saúde no trabalho gerencial e no trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.345-2.354, 2010.

SILVA FILHO, J. F. O ambulatório e a psiquiatria. *Cadernos Ipub*, 17: 17-20, 2000.

TAKEUTI, N. M. *No Outro Lado do Espelho: a fratura social e as pulsões juvenis.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

VASCONCELLOS, V. C. *A Dinâmica do Trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*, 2008. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

VASCONCELLOS, V. C. & AZEVEDO, C. S. Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – Caps. *Interface (Botucatu)*, 14(34): 563-576, 2010.

11
A Cooperação Prescrita e a Cooperação Possível: vicissitudes do trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família

Marcela Silva da Cunha
Marilene de Castilho Sá

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem tentando se firmar como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população. Nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) surge com a pretensão de ser um dispositivo de reorientação dos serviços de saúde, romper com o modelo de atenção baseado na lógica curativa e medicalizante e se constituir em uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, visando à produção de novos modos de cuidado.

O PSF foi implantado a partir de 1994 em alguns municípios brasileiros, inicialmente voltado para a extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e como um programa paralelo e limitado. Tentando se contrapor ao estigma de uma concepção seletiva da APS e como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido para os pobres, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. Contudo, a ampliação de cobertura não significou mudança do modelo assistencial (Giovanella *et al.*, 2009).

Em sua formulação, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deveria ter caráter substitutivo à rede tradicional de saúde, com ampla capilaridade na rede de

serviços locais, e atuar com base no território definido de acordo com o planejamento e diagnóstico situacional. Entretanto, encontramos ainda em muitos municípios a concomitância do modelo de saúde da família e do modelo tradicional da atenção básica trabalhando de maneira complementar.

Em relação à organização do trabalho das equipes, embora a prática esteja direcionada para o exercício da equipe multiprofissional, não foram pensadas estratégias para orientar uma ruptura com a dinâmica médico-centrada: "O programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional" (Franco & Merhy, 1999: 4). O que, de fato, parece não promover mudanças nas práticas cotidianas dos profissionais e não gerar um embate potente com o modelo assistencial hegemônico e vigente.

De acordo com Merhy e Queiroz (1993), há uma defasagem entre o discurso de mudança que impregna o PSF e as práticas assistenciais que implementa, o que mostra que não tem conseguido se cumprir como promessa. O esforço de integração entre clínica e saúde pública possibilita melhor prática em saúde, no entanto não tem conseguido êxito, e a participação da população sob a forma de controle social ainda se mostra incipiente.

O estudo aqui apresentado tem origem na dissertação de mestrado defendida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); a pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde da família. Trata-se de uma reflexão sobre o processo de trabalho produzido pelas equipes de saúde da família, a partir da análise, no ano de 2009, da implementação concreta dessa política com o olhar da micropolítica das relações e da psicodinâmica do trabalho estabelecidas em uma unidade de saúde no município de Nova Iguaçu, na região da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro.

Com população estimada de 830.672 habitantes (IBGE, 2010), o município situa-se na região economicamente mais importante do estado do Rio de Janeiro– a denominada Região Metropolitana. O município é considerado referência regional na área da saúde; concentra quantidade expressiva de serviços de média e alta complexidade e se constitui em polo regional de saúde do estado, uma vez que atende usuários de diversos municípios da Baixada

Fluminense. A ESF beneficia uma população média de 170 mil habitantes, referente a 22% da população. As unidades com equipes de saúde bucal abrangem apenas cerca de 7% cobertura populacional.

A atenção básica no município é ainda pouco expressiva, a rede de serviços desarticulada, o consumo de serviços de média e alta complexidade é desordenado e se expressa nas longas filas onde a população se depara com inúmeros obstáculos no acesso à marcação de consultas e exames especializados. Essa lógica acaba por penalizar a população com o agravamento de problemas de saúde e prejudica de forma importante a organização do sistema de saúde. A maior parte dos serviços especializados é contratada da rede privada e filantrópica e poucos são os instrumentos de avaliação e controle desses serviços.

A maior parte dos profissionais que atua na rede assistencial tem vínculo empregatício precário, o que leva à alta rotatividade e à baixa qualificação profissional, bem como à institucionalização de 'jeitinhos' como a prática de não cumprir a carga horária. A rede assistencial sofre, constantemente, com desabastecimentos e com a falta de manutenção física e de equipamentos. Os processos de gerenciamento e controle de insumos são precários e os processos de aquisição para fornecimento da rede são bastante lentos ou não se consegue efetivá-los (Nova Iguaçu, 2009).

Os serviços de saúde funcionam de forma quase sempre pouco resolutiva – falta de protocolos assistenciais, não utilização de mecanismos de referência e contrarreferência, barreiras de acesso aos serviços e aos medicamentos básicos –, levando à peregrinação dos usuários na busca por serviços de saúde.

O trabalhador vive situações de impasse e imprevistos no desenvolvimento de sua prática cotidiana, para os quais, muitas vezes, não há 'receita' em nenhum manual. Ou seja, ele se depara com várias exigências provocadas pela realidade dos processos de trabalho que demandam ações não planejadas ou programadas.

Para Schraiber (1993), o trabalho em saúde é um processo produtivo e interativo, com relações intersubjetivas, reflexões e partilhas de decisões. Esse caráter relacional, intersubjetivo e de intervenção na vida, sofrimento e adoecimento do corpo e da alma dos sujeitos impõe ao trabalhador muitas exigências e sentimentos por vezes contraditórios, como ansiedade, desamparo, impotência, angústia, entre outros (Sá, 2005, 2009).

Agravando esses processos, destaca-se a precariedade das condições de trabalho e do funcionamento dos serviços de saúde do município estudado. Dessa maneira, o trabalhador cria estratégias defensivas individuais ou coletivas (Dejours, 2008) para lutar contra o sofrimento gerado por esse confronto, produzindo efeitos para o bem ou para o mal na produção do cuidado em saúde.

Esse contexto de grande distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real – e no qual o trabalhador se vê obrigado, em consequência, a lançar mão de quebra-galhos, jeitinhos e transgressões, em geral, às regras do trabalho – coloca-se como um grande desafio para a cooperação, pois esta pressupõe a transparência sobre o trabalho real e a confiança (Dejours, 2008).

Desenho do Estudo e Estratégias Metodológicas

Trata-se, aqui, de um estudo de caso sobre o processo de trabalho produzido pelas equipes de saúde da família em uma unidade de saúde do município selecionado.

A escolha da unidade se baseou em alguns critérios: as equipes deveriam estar completas, ou seja, com todos os profissionais que compõem a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde); a unidade deveria ser responsável por no máximo 4.000 habitantes cadastrados, sendo a média recomendada pelo Ministério da Saúde de 3.000 por equipe; deveria ainda ter os mesmos profissionais trabalhando há pelo menos seis meses; ser de fácil acesso aos usuários e apresentar características similares às demais unidades de saúde da família existentes no município.

A pesquisa foi realizada por meio de 13 entrevistas abertas semiestruturadas com os profissionais da saúde de três equipes de saúde e observação participante do cotidiano de trabalho, durante três meses e meio, em cerca de três turnos na semana. Envolveu o acompanhamento das visitas domiciliares; observação do processo de marcação de exames e consultas especializadas em outros serviços de atenção secundária da rede de saúde do município; das consultas médicas e de enfermagem; das reuniões de equipe e da circulação e interação de profissionais e usuários nos espaços coletivos da unidade (sala de

espera, farmácia, sala de curativos, sala dos agentes comunitários de saúde); das atividades da equipe de saúde bucal; das conversas com a equipe de saúde mental; das palestras internas; das atividades externas, entre outros.

A fim de manter o sigilo sobre a identidade dos sujeitos da pesquisa e da unidade de saúde estudada, convencionamos chamar as três equipes de 'azul', 'verde' e 'amarela', e a unidade é identificada pela sigla NO.

A unidade de saúde é considerada modelo pelos profissionais e pela gestão da atenção básica municipal. Conta com boa estrutura física, tendo passado por obras há menos de um ano, para se adequar ao modelo de unidade do Bairro-Escola – projeto intersetorial da prefeitura de Nova Iguaçu. Uma das unidades mais antigas no município funciona como um posto de saúde tradicional e conta com a ESF há cerca de 11 anos.

Na NO há três equipes completas de saúde da família e de saúde bucal, e ainda uma equipe de saúde mental que funciona como um ambulatório infantil. A clientela dessa equipe não é a mesma das equipes de saúde da família. A saúde mental utiliza o espaço da unidade, mas atende a população de várias áreas. Além disso, há uma auriculoterapeuta que presta serviços na unidade, remunerada pela prefeitura – "uma conquista da comunidade", segundo o depoimento de alguns funcionários do posto. Esse tipo de serviço só existe nesta unidade de saúde e em uma delegacia no centro da cidade.

A maioria dos profissionais trabalha na unidade e na mesma equipe há mais de quatro anos, com bom entrosamento e domínio do seu trabalho. O contrato de trabalho da equipe é por cooperativa, exceto o dos agentes comunitários, que são concursados. Os baixos salários favorecem esquemas oficiosos entre os integrantes das equipes. Há em toda a rede, e também em NO, a prática de se cumprir a carga horária, o que faz com que os enfermeiros e técnicos tenham um *day off* e os médicos trabalhem em média quatro turnos por semana. Os únicos que não têm dias de folga são os agentes, com a justificativa de que são concursados:

> *O salário deve ser melhorado. Ele força um acordo velado de não cumprimento de carga horária estipulada. Essa é uma afirmação honesta. É muito difícil para o profissional. A gente sabe que esse salário não atende à perspectiva de vida*. (Médico da equipe amarela)

O Trabalho em Equipe e as Possibilidades de Cooperação nos Serviços de Saúde

Muito se fala sobre a importância do trabalho em equipe, na área da saúde, principalmente por parte dos gestores e técnicos da área de recursos humanos, contudo poucos explicitam claramente o que de fato estão querendo dizer com o termo 'equipe'. Na maioria das vezes, nos parece que se está falando da necessidade de haver integração, diálogo, mas pouco se debate a respeito dos desafios para a construção um projeto assistencial em comum, bem como dos processos que podem condicionar favorável ou desfavoravelmente a cooperação.

Não se trata aqui de atribuir pouca importância à comunicação e à interação entre profissionais, todavia a cooperação não se explica apenas como resultado de um processo volitivo e consciente por parte dos sujeitos. Na perspectiva teórica da psicossociologia francesa, os grupos e as organizações são o lugar de processos complexos que remetem a diferentes planos da realidade mutuamente imbricados – psicológico, econômico, cultural, tecnológico, social, histórico, linguístico etc. Assim, não se reduzem a acontecimentos reais ou objetiváveis, mas incluem a produção de sentido pelos sujeitos e são atravessados por forças inconscientes que produzem efeitos sobre a vida organizacional e, particularmente, sobre as relações entre os sujeitos (Lévy, 2001). As organizações, segundo Enriquez (1997), são um campo pulsional e passional, irrigadas por processos imaginários que sustentam os vínculos que os sujeitos estabelecem entre si e com a organização, podendo impactar, em consequência, positiva ou negativamente, as possibilidades de cooperação.

Quando se agrega a essa perspectiva a abordagem da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 2008), compreende-se também a importância da dinâmica prazer-sofrimento no trabalho como condicionante do modo como os indivíduos se vinculam ao seu trabalho e se estruturam coletivamente. Para essa abordagem, o reconhecimento, pelos pares e pelos superiores, da utilidade e da qualidade do trabalho realizado pelo sujeito, é uma das condições para a transformação do sofrimento em prazer no trabalho e para o engajamento do sujeito em uma atividade cooperativa. Outra condição importante para a cooperação, a confiança, por sua vez pressupõe a transparência sobre o real do trabalho, o que raramente é possível, pois as organizações não costumam

explicitar e discutir os quebra-galhos, jeitinhos e transgressões de que o trabalhador lança mão na tentativa de diminuir a distância que sempre haverá entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Como outro desafio importante à cooperação, há que se ter claro que as várias categorias profissionais ocupam lugares diferenciados na hierarquia do poder e no domínio dos saberes dentro dos serviços de saúde, e que, historicamente na saúde, a posição do médico é supervalorizada em detrimento das demais profissões. Isso nos leva muitas vezes a uma diferenciação enorme nas formas de participação dos médicos na organização do processo de trabalho, principalmente em termos de autonomia e decisão sobre o tratamento a ser adotado (Cecílio, 1999).

Merhy (2004: 114) alerta sobre a organização do trabalho em saúde subordinada à figura do médico que mantém todos os outros profissionais subsumidos à lógica médica e leva ao empobrecimento da prática do cuidado:

> O modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar.

Não é raro encontrarmos em nossos serviços de saúde espaços de gestão colegiada que os médicos se recusam a ocupar. As equipes que participam das atividades mais coletivas quase sempre são compostas por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais e outros profissionais, sem que os médicos queiram partilhar esse espaço (Cecílio, 1999). Cecílio se pergunta por que é tão difícil incluir essa categoria em espaços mais coletivos, como colegiados de gestão, comissões, grupos de trabalho, por exemplo, e como, então, transformar as práticas de saúde sem a participação do médico.

Dada a dificuldade do trabalho coletivo nos hospitais e nos serviços de saúde, acreditamos ser necessário refletir melhor sobre as dimensões éticas, técnicas e psicossociais do trabalho coletivo em saúde a fim de tentar transformar o cenário atual, incorporando práticas verdadeiramente inter(trans) disciplinares que permitam o cuidado adequado e integral ao usuário.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de um longo processo de luta do Movimento Sanitário brasileiro, surge uma noção mais ampliada de saúde, um olhar transformado a respeito das práticas, dos métodos e uma tentativa de inclusão de novas disciplinas – como as ciências sociais e

humanas – para se lidar com a complexidade do 'problema' saúde. O trabalho em equipe se insere nesse contexto, pois assume a tarefa de reunir as diferentes disciplinas e fazer com que os distintos profissionais dialoguem e trabalhem juntos, de maneira integrada.

> Quando se trabalha com a perspectiva transdisciplinar, é preciso estar aberto para esse encontro de saberes, e não fechado em si, defendendo territórios disciplinares, já que nenhuma disciplina dá conta do trabalho em saúde, que como todo trabalho tem caráter enigmático e imprevisível. Afinal, as especificidades de cada profissional contribuem para a qualidade sinérgica da equipe, o que exige refletir sobre a importância indiscutível de se escutar o outro. (Pinheiro, Barros & Mattos, 2007: 11)

A ideia de tomar os profissionais da saúde como foco dos atravessamentos deste estudo é uma tentativa de pensar a equipe como um dispositivo de saúde diferenciado, disparador de mudanças nas representações sociais. O grupo é aqui entendido como espaço em que se reflete e em que se reelabora uma prática trazendo inúmeras questões que desafiam e movimentam reflexões a fim de contribuir para a criação de novas organizações no trabalho.

Alguns autores advertem sobre a possibilidade de captura dessa potência criativa que os grupos têm. Para Guattari (1987), as formações coletivas oscilam entre polos, ambos vertentes de um mesmo objeto institucional: o "grupo sujeito" – aberto às conexões, passível de estilhaçamento – e o "grupo sujeitado" – curvado sobre si próprio, pleno de medidas de proteção contra tudo que ameace sua unidade. Enriquez (1997: 104) nos alerta sobre a característica ambivalente dos grupos: "O grupo permanece então uma instância inquietante para todo mundo. Ele pode pender sobre si mesmo, criar normas muito rígidas, processos identificatórios maciços. Pode ser, pelo contrário, o motor da mudança".

Outro conjunto de questões que surgem como importantes desafios à cooperação diz respeito aos modos de sociabilidade e subjetivação na sociedade contemporânea. Birman (2000) desenvolve um debate sobre a problemática da fraternidade e o laço social na contemporaneidade. O autor acena para um certo desencanto da sociedade pós-moderna, indício de que algo não vai bem e começa a provocar mal-estar. Nesse contexto, discute o papel da culpa na sociedade como um signo indicativo de que ainda há ética: "A culpa indica,

pois, aqui o imperativo da responsabilidade na relação com o outro, a dimensão *alteritária* da existência, que nos dias que correm tem sido desqualificada pela moral do hedonismo, pela exigência do gozo imediato" (Birman, 2000: 177, grifo do autor).

Esse esvaziamento da relação com o outro teve como consequência imediata o que as ciências sociais denominam "cultura do narcisismo", uma subjetividade autocentrada que não reconhece a existência do outro. Segundo Birman, a sociedade do espetáculo é uma modalidade de subjetividade da atualidade aproximada da cultura do narcisismo. Nela há um engrandecimento do eu que se volta para promover uma produção espetacular e ser olhada. Para o autor, a questão que se coloca nesses dois tipos de subjetividade é uma "concepção do desejo fora da referência alteritária, pelo qual se esvazia a relação de responsabilidade do sujeito com o outro" (Birman, 2000: 178). A fraternidade, experiência em que o outro é figura importante, se coloca como um antídoto em face dos imperativos da subjetividade contemporânea.

A dimensão alteritária, para Birman, é um traço fundamental do laço fraterno, já que a existência do cuidado com o outro implica reconhecer o que lhe falta. A fraternidade "como possibilidade de olhar para o outro, reconhecê-lo no que precisa e lhe faz singular. A fraternidade seria então a possibilidade de se voltar para o outro e se inclinar sobre esse" (Birman, 2000: 181).

Para Birman, a precariedade aparece como possibilidade da fraternidade, ou seja, só será possível a fraternidade se o sujeito puder reconhecer que não é autossuficiente, e assim encarar o outro como igual. A solidariedade seria, nos termos dessa concepção, um desdobramento da fraternidade. A fraternidade e, portanto, a solidariedade "como ética implica necessariamente uma política, uma ação coletiva mediante a qual os laços sociais são tecidos pressupondo a mútua precariedade dos agentes" (Birman, 2000: 186). Desse modo, a fraternidade tem, para o autor, caráter transitório, podendo se prolongar ou dissolver, pois a qualquer momento alguém ou um grupo pode se achar superior aos demais e pretender ocupar o lugar de soberania. Daí a afirmação de Birman de que a autossuficiência é uma formação ilusória poderosa no imaginário humano e que está sempre à espreita, esperando assumir a posição de superioridade em relação aos outros.

As Fontes e as Defesas contra o Sofrimento Produzidas pelas Relações no Processo de Trabalho

São várias as fontes de sofrimento relatadas, ao longo da pesquisa, pelos profissionais; todas estão relacionadas ao desenvolvimento de seu trabalho na unidade: precariedade do vínculo/contrato de trabalho e das condições de produção desse trabalho; impotência diante da falta de acesso da população a serviços de atenção especializada e descontinuidade do cuidado, fruto da desarticulação da rede assistencial do município; as grandes filas de espera enfrentadas pelos usuários não cadastrados para consultas na unidade, que igualmente representam limites ao acesso e à integralidade do cuidado; pressão da demanda e pressão por produção em um contexto de restrições geradas pela falta de materiais etc. Todas essas fontes de sofrimento geram culpabilização dos profissionais e angústias recorrentes.

O depoimento a seguir é de uma agente comunitária de saúde (ACS) que se tornou agente após conhecer o PSF como usuária e que, assim como os usuários cadastrados, sofre enquanto espera. Ela se coloca no lugar do usuário e se identifica com ele em sua luta por acesso à saúde. Aqui cabe destacar a importância dos processos identificatórios para a produção de cuidado adequado e de uma postura prática mais solidária, ao mesmo tempo que produzem dor e angústia, fonte de sofrimento para os profissionais da unidade (Sá, 2005):

> *Falta medicação na farmácia. Não é só aqui, acho que é geral, né? Certas coisas para os cadastrados deveria ter mais prioridade... Tipo marcação de exames. Eu mesmo tô passando por um processo que... Meu marido tá precisando de um exame e não consegue marcar pela rede. Eu falo com os cadastrados, que eu que trabalho na saúde e não consigo o exame. O nome dele tá lá na fila de espera lá na Dom Walmor.* (ACS da equipe amarela)

Outra situação que traz muito sofrimento à equipe é a falta de garantia do local/maternidade para o parto: a grávida que fez todo o acompanhamento pré-natal na unidade não tem lugar garantido para dar à luz com tranquilidade. Essa situação é fonte de grande angústia para os profissionais que sabem do risco que essas mães correm, inclusive da possibilidade de morte devido à deficiência da rede pública de serviços.

> *Uma gestante que já tava ganhando neném praticamente e foi acompanhada por nós aqui, e na hora de ganhar o neném ela veio pra cá. A gente encaminhou*

> *pra Posse, quando ela chegou lá disseram que ela não podia ficar, que não tinha vaga, ela voltou. E aí liga pra lá, vai pra cá... O pessoal já nos conhece, fala, liga aqui de casa, vamos chamar a Samu, a Samu nada. Conclusão: nós colocamos ela no carro e chegando lá, nós tivemos que peitar mesmo pra ela ficar. Foi uma situação que eu pensava: 'se o neném vier, eu é que vou ter que fazer o parto...'. Foi uma situação terrível.* (Enfermeira da equipe verde)

A mesma enfermeira confessa que é muito comum as grávidas de Nova Iguaçu terem seus filhos nas maternidades de outros municípios próximos da Baixada Fluminense ou em outra região metropolitana; afirma que, quando entram em trabalho de parto, muitas das futuras mães ficam vagando em busca de leito em algum hospital ou maternidade da rede pública ou conveniada ao SUS.

Equipe Prescrita e Equipe Possível

Entre as saídas para minimizar o sofrimento causado pelos processos de trabalho na unidade estão alguns acordos realizados entre os profissionais que podem gerar uma prestação de serviços mais adequada ou, ao contrário, produzir relações de descuido.

Cada equipe do PSF só conta com um médico, o qual, independentemente de sua especialização, deve atuar como médico generalista, atendendo tanto homens quanto mulheres, crianças ou idosos. Na unidade estudada, das três equipes de saúde da família, duas tinham pediatras como médicos de família, e a outra equipe, uma ginecologista.

Há um acordo entre ACSs, enfermeiros e médicos para que a maioria das crianças de até 2 anos seja atendida pelo pediatra e não pela ginecologista da equipe azul, assim como grávidas com risco são encaminhadas para a ginecologista da equipe azul para realização do pré-natal, e não para os pediatras (equipes verde e amarela). Essa combinação é confirmada pelos médicos das equipes azul e amarela, já o médico da equipe verde não reconhece essa permuta. Ele justifica que só deve atender a população cadastrada na sua área de abrangência, negando-se a atender as outras áreas. No entanto, na prática, como não conhece a fundo a população que atende, quando é preciso e em menor escala, as enfermeiras encaminham pacientes da demanda espontânea que chega ao posto para que ele atenda, sem avisá-lo de que se trata de cadastrados da outra área.

Esse exemplo ilustra duas situações distintas. A primeira se refere a um acordo de cooperação entre os profissionais que não se sentem preparados para atender casos fora da sua especialidade de pediatria ou ginecologia. Já a segunda situação pode ser interpretada como uma transgressão por parte das enfermeiras, que ocorre à revelia do médico, em favor da garantia do acesso, da minimização do sofrimento do outro. As enfermeiras transgridem a divisão de trabalho prescrita (atender somente a população adscrita em determinado território) sem o conhecimento do médico. A transgressão diz respeito a um pacto coletivo, cooperativo no que diz respeito aos médicos das equipes azul e amarela, e se apoia em um segredo e na exclusão do outro médico da equipe verde. Para Dejours (1999), a cooperação pressupõe confiança e transparência sobre o real do trabalho como condição de sua existência. É uma atividade de construção de acordos e, portanto, sujeita a discussões, conflitos e dissidências.

> *Não nos prendemos a atender os nossos pacientes exclusivamente. É claro que é feito assim e deve ser feito assim, mas quando há uma urgência, a gente tenta envolver todos. A demanda é trazida sempre pelo ACS e essa demanda é trabalhada por nós, por mim como médico tentando dar um encaminhamento que for necessário.* (Médico da equipe amarela)

O acordo sobre os atendimentos das grávidas e crianças pelos respectivos especialistas e não pelos médicos que cobrem a área de residência do cadastrado pode ser visto como uma transgressão ao modo de organização do trabalho prescrito. É uma transgressão das normas que regulam o PSF e preconizam que cada médico tenha sua população adscrita, com o intuito de gerar vínculo e atendimento longitudinal à família etc.

Vale lembrar que se trata de um acordo informal, não oficializado pelos profissionais em reunião. Da mesma forma, expõe outro tipo de ajuste do trabalho em equipe, uma cooperação possível em meio às adversidades do cotidiano e ao reconhecimento do despreparo do médico (um especialista em ginecologia ou pediatria que atende como generalista) para lidar com situações específicas da clínica. Esse arranjo de cooperação, a princípio, funciona com a intenção de levar a uma melhor produção do cuidado. De fato, ainda são recentes as propostas curriculares voltadas para a atuação do médico como generalista. A maioria dos currículos de medicina está ligada ao desenvolvimento de uma carreira cada vez mais especializada.

Em alguns momentos é possível perceber o sentimento de impotência e de frustração dos profissionais com o trabalho que realizam. A fala de uma enfermeira manifesta uma contradição clara entre a resolutividade que se espera da atenção básica a custos baixos e sua execução prática:

> *As pessoas voltam pra você sem ter conseguido o atendimento, e quando voltam perguntam pra você: 'E agora, o que é que eu vou fazer?' E eu não sei mais. Com as gestantes, então, isso acaba comigo. Já fiz pré-natal das gestantes durante o 1º trimestre, 2º trimestre, e não tem um exame que tenha conseguido fazer. Chega no último momento é que você vê que ela tá com a glicose alta ou com colesterol.* Depois que chega o exame, você pensa que tudo poderia ser evitado. Um simples hemograma completo. (Enfermeira da equipe verde, grifos nossos)

Há ainda certa relação de cumplicidade entre os profissionais. Muitas falas demonstram a disponibilidade, por parte dos integrantes da equipe, para não falhar mesmo em precárias condições de trabalho.

> *Essa semana, taí a Maria Ângela que não me deixa mentir [enfermeira entra na sala], eu e ela ficamos garantindo o posto praticamente. O nosso relacionamento é ótimo. A gente exerce uma função aqui em que não existe falta. Estou aqui há mais de cinco anos e não existe falta. A gente tenta fazer com que nosso trabalho seja realizado da melhor maneira possível. Independente de saber se o colega tá vindo ou não.* (Médico da equipe verde)

Ainda que a expressão "não existe falta" esteja sendo utilizada para designar o modo de trabalho em equipe, soa no mínimo como curiosa, já que o comum da unidade é a falta, tanto material como de recursos humanos.

Nem todos os profissionais apresentam a mesma capacidade de mobilização diante das demandas/sofrimento da população, e isto talvez possa aparecer como um dos principais elementos diferenciadores dos vínculos estabelecidos entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, bem como da distância observada entre a 'equipe prescrita' e a 'equipe real'.

O 'Quebra-Galho': fazer o trabalho do outro

Após longo período de existência da cooperativa que regia o contrato de trabalho dos profissionais de grande parte da rede de serviços de saúde, o município anunciou o término da cooperativa e a transição do contrato de trabalho em todos os serviços de saúde do município. A unidade ficou sem

os técnicos de enfermagem, que organizam a sala de espera para consultas, bem como sem os administrativos, que foram substituídos por outros que não tinham experiência em saúde, além de não conhecerem o funcionamento da unidade: o acúmulo de trabalho recaiu sobre o restante da equipe. As duas enfermeiras que permaneceram na unidade tinham que dar conta do trabalho de três equipes, mais o das técnicas, ensinar o trabalho para os administrativos novos, e muitas vezes solicitavam ajuda dos ACSs para fazer o cartão SUS do usuário, ou mesmo organizar a fila de espera.

Uma das representantes do sindicato dos ACSs – única categoria profissional concursada – está lotada na unidade. Ela é bastante ativa na defesa dos direitos dos ACSs e exerce certa militância entre os demais colegas para que se limitem a realizar as atividades previstas entre as atribuições do agente de saúde no PSF. Por isso, há nessa unidade uma resistência por parte de um grupo de ACSs a realizar tarefas administrativas e burocráticas, quando são, por vezes, solicitados a fazê-lo. Para aqueles que tentam 'quebrar o galho' de vez em quando, chega a haver certa pressão dos colegas de trabalho para que não realizem tais tarefas. Isso gera uma espécie de conflito no grupo.

> *Me chamam muito do contra porque eu faço coisas que não são da minha alçada. Eu procuro sempre estar ajudando. Agora, se eu não estivesse aqui, estaria lá dentro fazendo outra coisa. Se alguém diz 'Tem como você fazer o cartão do SUS pra mim?', não é minha função, mas eu faço. Hoje eu fiz isso. Não fui pra rua porque tava chovendo e fiquei lá dentro marcando ali. Algumas pessoas não gostam: 'não, porque tem os administrativos...'. Eu faço na boa.* (ACS da equipe azul)

As situações abordadas são ilustrativas de uma transgressão em relação ao prescrito. A primeira diz respeito a não fazer o que não está prescrito, quando os médicos não atendem os usuários cadastrados em sua área por se sentirem mais confortáveis atendendo em suas especialidades. A segunda diz respeito a fazer além do que está prescrito ou a fazer o que não está prescrito, na situação do ACS que realiza tarefas administrativas quando é solicitado ou quando percebe que outros membros da equipe estão precisando de sua ajuda.

Ambas as situações decorrem de um movimento muito particular de cooperação cujos determinantes podem ser vários. No primeiro caso, a recusa do médico talvez seja o resultado de um mecanismo de defesa contra o sofrimento e a angústia diante de situações no trabalho para as quais o profissional

não se sente preparado. Uma defesa contra a angústia gerada pelo não saber associada a uma defesa gerada pelo sofrimento do outro e pela necessidade de garantir o acesso ao cuidado adequado. No segundo caso, parece ser mais um movimento individual de cooperação, de fazer o trabalho do outro – ou para o outro – como tentativa de solução para o seu sofrimento em face das precariedades das condições de trabalho (Sá, 2005).

De todo modo, as duas situações se apresentam como forma de lidar com o sofrimento decorrente das relações produzidas no cotidiano do trabalho e da constatação do sofrimento da população. Os profissionais das equipes se sensibilizam a partir do momento em que se colocam na posição do outro, em que percebem o sofrimento do usuário em sua luta por acesso aos serviços de saúde e se identificam com este lugar (processos identificatórios).

É preciso considerar o desgaste e o sofrimento que os profissionais das diversas equipes sentem ao se depararem não só com a dificuldade de lidar com a doença das pessoas e o sofrimento que lhes causa, mas também com o despreparo da rede de atenção e a convivência com demandas que vão além do setor Saúde.

> *NO é a unidade que absorve na maioria das vezes tudo aqui: 'Ah, em NO eles atendem'. Porque a gente é muito sensível. (...) a gente não vai permitir, eu pelo menos, que uma pessoa saia daqui sem ter ouvido uma palavra, sem a gente tentar ajudar, fazer alguma coisa. Eu considero a gente aqui é muito humano. Posso resumir NO? A galera aqui é humana pra caramba. Muitas vezes a gente passa além do profissional. Faz mais do que o profissional, como aquele moço que apareceu aqui quando a gente tava indo embora [um morador de rua, molhado de chuva e com tuberculose]. Uma saiu correndo pra buscar uma camisa seca pra ele vestir, outra foi esquentar o arroz-doce que tava lá pra ele comer quentinho por causa do frio...* (ACS da equipe verde, grifos nossos)

Mais uma vez, a realidade dos serviços públicos de saúde impõe a necessidade de fazer além do prescrito. Esse relato é um exemplo da manifestação de um sentimento de compaixão talvez com origens também em processos identificatórios que estão na base da produção do cuidado em saúde (Sá, 2005, 2009).

A identificação dos profissionais e a criação de vínculos/relações com a população são por vezes marcadas por um sentimento ambivalente: solidariedade com a dor do outro e, ao mesmo tempo, repulsa diante da possibilidade de contágio/contaminação. A ACS continua relatando que, em

meio a isso tudo, também há preocupação em resguardar a própria saúde, com cuidado de evitar criar qualquer constrangimento ao usuário. Aqui, há um misto de sentimentos, já que agora a relação com esse outro está pautada pela ameaça.

> *Você até deve conhecer, né, o usuário que frequenta aqui, que agora é morador de rua e tá tuberculoso. Ele entra e sai do posto e outro dia ele chegou aqui, quase na hora da gente sair, supermolhado de chuva, tossindo em cima da gente. E a gente encara. Fazer o quê? Vai dizer 'não posso, sai daqui'? E a questão da humanização, você não pode fazer isso e muito menos sair correndo e pegar uma máscara e botar. Olha o choque que é. E a gente não tem nada que nos ampare quanto a isso.* (ACS da equipe verde)

O risco de contrair tuberculose era real, devido, sobretudo, às limitações materiais. No entanto, é interessante notar que o risco de contágio é percebido também, para além do risco real de contrair a doença, como uma fantasia, um risco imaginário vivido a partir da angústia de indiferenciação com um outro considerado miserável, que inspira nojo e outros sentimentos ambivalentes (Sá, 2005). A ideia de contágio tem ainda uma conotação de exclusão, de discriminação, de contato com a miséria do outro e repulsa, demonstrada na fala da ACS: "tossindo em cima da gente". Essa situação é também uma importante fonte de sofrimento no trabalho.

O não cumprimento ou a incerteza quanto ao cumprimento das visitas domiciliares por parte dos médicos é um dos fatores de sofrimento e ansiedade no trabalho dos ACSs. O agendamento das consultas e das visitas domiciliares é uma das principais formas de acesso dos ACSs ao domicílio das pessoas. Quando o ACS marca a visita de acordo com a agenda do médico, avisa ao usuário o dia em que será realizada a visita tão aguardada, e o médico não comparece, isso gera um grande mal-estar e é um importante motivo de reclamação dos ACSs.

Há um sentimento, demonstrado pelos ACSs, de que não são apoiados ou respaldados pelos médicos e de que por isso ficam desacreditados pela população atendida. Aqui, a não realização do trabalho do médico parece retirar a credibilidade e a qualidade do trabalho dos ACSs, pois em alguns casos ocorre certa culpabilização do ACS pela visita médica não realizada, o que faz com que alguns ACSs passem a não avisar o usuário sobre a marcação da visita domiciliar com o médico: se este for, será ótimo; caso contrário, sua ausência não será percebida.

Muitas vezes, o trabalho das equipes de saúde bucal foi interrompido, principalmente pela falta de materiais como luvas descartáveis, por exemplo. Não raro os profissionais arcavam com a compra de materiais do próprio bolso. Essa atitude era motivada em muito pelo reconhecimento de que os usuários em tratamento, em geral, não poderiam esperar tanto tempo para serem atendidos. A compra de materiais pelos próprios profissionais se transforma assim em mais uma saída contra o sofrimento gerado pelas condições precárias de trabalho que impossibilitam o cuidado adequado da população.

Diluição das Fronteiras Normativas entre as Equipes

Aqui parece fundamental destacar um ponto central evidenciado durante a observação do cotidiano das equipes: a indiferenciação entre as equipes, apontada pela maioria dos profissionais, uma diluição das fronteiras normativas que definem o pertencimento de cada profissional a determinada equipe e a afirmação de laços de cooperação, parceria, solidariedade e confiança com base em outros determinantes.

Quando perguntados sobre que profissionais considera importantes para o desenvolvimento do seu trabalho, a maioria dos entrevistados responde que todos os profissionais são imprescindíveis para tal, pois cada um contribui à sua maneira.

> *Eu entendo essa divisão de equipe azul, verde e amarela como uma coisa burocrata, mas eu não tenho divisão. Por exemplo, estamos sem o dr. Vicente, e o que vai fazer com essa gente? Quem vai atender? Vou dizer que não é da minha equipe e não atendo? Todos os agentes daqui sabem que podem contar comigo para qualquer coisa. Sempre disse pra eles: se qualquer um de vocês precisar, pode me esperar que eu vou. Eles sabem disso. Todos eles.* (Médica da equipe azul)

Essa fala da médica sugere não haver divisões rígidas entre as equipes, o que confirma nossa percepção de que os trabalhadores não se vinculam unicamente às suas equipes de referência. De certa forma, as três equipes se misturam e a separação das equipes é determinada apenas teoricamente pelas áreas de abrangência pelas quais são responsáveis, já que na prática tais limites também se mostram frágeis. O trabalho, de fato, se embaralha, de forma que a divisão das equipes não se constitui em barreira para o trabalho integrado entre membros de equipes distintas. Isso se apresenta na prática quando a mé-

dica vai fazer visita domiciliar de urgência em outra área de abrangência, com ACSs de outra equipe; quando o ACS procura a enfermeira de outra equipe para tirar dúvidas do trabalho, ou quanto cadastrados escolhem ser atendidos por outro médico que não o da sua equipe. A ACS confirma essa suspeita:

> *Quando um cadastrado tá com algum problema, eu procuro a enfermeira e pergunto se ela pode ajudar; caso ela ache necessário, ela encaminha pro médico examinar. Se o médico do cadastrado não tiver, pode ser outro médico. Eles não negam atendimento pra gente. Todo mundo ajuda. Pelo menos nunca disseram não pra mim. O que precisar, eles tendo condições, não negam.* (ACS da equipe amarela)

Os enfermeiros das três equipes e os 18 ACSs trabalham em parceria. Muitos ACSs recorrem, no cotidiano de trabalho, não só à enfermeira da sua equipe, mas também à enfermeira mais disponível no momento. E quando perguntados sobre o que fazem quando têm alguma dúvida, no dia a dia de seu trabalho, a maioria responde que procura em primeiro lugar a enfermeira. O mesmo ocorre entre a equipe de saúde bucal, como demonstra esta fala da dentista se referindo à auxiliar de que trabalha com ela: "Eu não sou muito de trabalhar sozinha. Preciso sempre de uma parceria" (Odontóloga da equipe azul).

O grupo de enfermeiras é bastante unido, e elas, a seu modo, fomentam a integração da equipe. Essa parceria se confirma, ainda, nos poucos espaços de reunião – frequentados quase que exclusivamente por agentes e enfermeiros –, que funcionam como um lugar de acerto no processo de trabalho desses profissionais e, guardando as devidas proporções, uma possibilidade de exercício de educação continuada.

> P*elo menos uma vez na semana a gente faz reuniões. Sempre na quinta de manhã, mas essa semana a gente nem fez porque estava meio conturbado aqui, tava muito cheio e não deu pra dar uma parada e fazer a reunião. Mas eu sempre procuro e a Maria Ângela é sempre muito aberta pra gente chegar e falar o que tá acontecendo, o que a gente pode fazer pra melhorar. Quando é uma questão de equipe, a gente resolve na equipe. (...) E eu tenho liberdade com todas as enfermeiras. Às vezes a Maria Ângela não está, eu procuro a Manuela e digo que tá acontecendo isso, isso e isso... É como se ela fosse enfermeira da minha equipe*. O que ela fala pra mim é como se fosse lei. (...) *Eu até brinco, porque falo pra Manuela que eu sou dela, falo pra Sabrina que eu sou dela também.* A gente é de todo mundo. *Cada um é um pouquinho de cada equipe mesmo. Porque cada um ajuda um pouquinho cada um.* (ACS da equipe verde, grifos nossos)

Embora a afirmação "O que ela fala pra mim é como se fosse lei" possa conter um sentido de subserviência ou adesão excessiva, o que parece prevalecer é um sentimento de pertencimento da ACS em relação à sua equipe (ou em relação à enfermeira de sua equipe). Nesse mesmo contexto, a frase "A gente é de todo mundo" sugere um amálgama, uma fusão, uma indiferenciação com relação aos integrantes das demais equipes.

Para alguns ACSs, a equipe da unidade parece ser composta somente pelos agentes, não incluindo os enfermeiros e os médicos.

> *Não tenho problema nenhum com os meus colegas. Conto com eles em tudo e eles me ajudam em tudo que eu preciso. Se preciso fazer uma visita, se precisar me ausentar por qualquer motivo e precisar fazer uma visita na minha área, eu peço e eles vão pra mim, assim como eu faço pra eles.* (ACS da equipe verde)

Em muitas falas, a equipe referenciada é uma alusão às três equipes juntas. Talvez as dificuldades estruturais e precariedades de toda ordem tenham servido para unir o grupo e torná-los uma equipe única.

> *A minha equipe sou eu, Silvia Regina, Sandrinha, Edwiges, Edna [ACS]. Não tenho o que falar. São minhas companheiras. Gosto de todas. O que a gente puder fazer pra ajudar a outra a gente faz. Minha enfermeira Sabrina, que foi embora, também era maravilhosa. As duas que ficaram também, não tenho o que falar. Em tudo que precisei pedir foram maravilhosas. Os médicos, os três, no que eu precisasse também.* (ACS da equipe amarela)

Os ACSs também estão sempre muito atentos às necessidades dos usuários que identificam no território, sem fazer distinção entre o que está na área de abrangência da equipe azul, verde ou amarela. Os usuários solicitam ajuda ao enfermeiro ou a um ACS de outra equipe, que se prontificam a fazer o que for possível para ajudar:

> *A gente lida com pessoas, com vidas. Isso é o que satisfaz a gente. Quando a gente tá no sufoco. Quando alguém precisa e sabe que pode chegar junto. Sem ter essa diferença de que equipe é essa, que pessoa é essa.* (ACS da equipe amarela)

> *Essa unidade, comparando com as outras que passei, ela é excelente. A comunidade nos respeita, os ACSs... Não são todos né? Mas você sabe aquele em que pode confiar quando necessário. A equipe de enfermagem, eu não preciso nem falar. Os médicos também, a gente se dá bem. Se eu penso em fazer alguma coisa e falo, é claro, cada um tem a sua opinião, mas se eles acham que isso vai dar certo, a gente dá o braço e consegue fazer. Eu gosto muito daqui. (...) Aqui existe uma união no trabalho.* (Enfermeira da equipe verde)

A fala anterior, assim com a da ACS a seguir, se refere à diluição das fronteiras entre as equipes e a uma forma de cooperação baseada em processos de identificação.

> *Aqui é uma equipe. A gente se entende. Ninguém vai se negar a fazer porque não é sua equipe.* Aqui somos três equipes, mas forma uma só. *Agora a gente tá sem uma enfermeira e as outras duas estão ali prontas, se desdobram e fazem mesmo.* (ACS da equipe amarela, grifo nosso)

A Integração, a Coordenação do Trabalho e o Processo Decisório nas Equipes de Saúde da Família

A interação entre as equipes de saúde da família e de saúde bucal é ainda muito incipiente. Os prontuários das equipes são diferenciados, mas com a mesma numeração. Durante a entrevista, a dentista menciona a necessidade de integração entre as equipes, principalmente em casos de hipertensão arterial – todos os pacientes com histórico têm a pressão aferida antes da consulta com o odontólogo e, caso algum apresente pressão alta, só volta ao atendimento em saúde bucal depois que fizer o tratamento com médico e tiver seu quadro regularizado. As possibilidades de articulação entre as equipes ainda são pontuais, e poucos profissionais refletem sobre esse processo ou buscam maior integração no trabalho cotidiano.

> *O gratificante é o nosso ambiente de trabalho. O nosso ambiente é muito agradável. E é difícil ter isso fora daqui. Agora, realmente, a precariedade que a gente tem do vínculo... o reajuste, eu nem lembro mais quando foi o último. Quando eu entrei o pessoal já tava reclamando de não ter reajuste. O pessoal já reclamava de ser cooperativa, agora não tem nem a cooperativa. Mas tinha* day off. *Agora não tem nem o* day off. *Não tem uma data fixa de pagamento. Então é desgastante, tem dias que é difícil.* (Odontóloga da equipe verde)

Mais uma vez o ambiente de trabalho e as pessoas ajudam a aguentar as dificuldades do cotidiano, a precarização do trabalho e dos vínculos trabalhistas. Não há um amparo. Não há um contrato seguro de trabalho, nem mesmo a institucionalização do *day off*, como forma de compensação ou até de reconhecimento pelo esforço desempenhado no trabalho. Não há garantias nesse trabalho. A saída é buscar apoio entre os profissionais das equipes. Um apoio baseado na idealização da equipe.

Há o reconhecimento de que ainda se está distante do ideal, mas, como todo processo, há espaço para modificações, rearranjos, avanços e retrocessos.

> *Mas é uma unidade boa de se trabalhar, composta por pessoas normais, como todas nós, e portanto passíveis de coisas não muito boas. Mas que me ajudaram muito, que contribuíram muito também na minha formação. Se sou a profissional que sou hoje, eu devo à unidade, por ter contribuído pra isso. Mas tem muita coisa pra rever ainda. Porque é um processo, e como processo ele muda, você não consegue definir hoje, amanhã ele muda e é isso mesmo, evolui cada vez mais.* (Enfermeira da equipe azul)

As decisões técnicas em geral são tomadas pelas enfermeiras. Quando o assunto envolve uma decisão administrativa, o coordenador da unidade entra em cena. Mas no final das contas, as decisões são passadas para o restante da equipe e, de alguma forma, é solicitada a opinião de todos sobre os assuntos que envolvem o processo de trabalho coletivo: "O que vai fazer ou deixar de fazer, todo mundo fica a par" (ACS da equipe amarela).

De certa forma, a unidade reproduz o histórico da própria da profissão de enfermagem em relação à organização e provisão dos insumos para o cuidado e à organização dos horários e das tarefas burocráticas do serviço. O coordenador da unidade não é um profissional da saúde e não tem experiência em gestão de unidades, trata-se de um posto ocupado por indicação dos políticos locais. Em NO, a liderança, se assim podemos chamar – ainda que com limitações –, é exercida pelas enfermeiras.

Divisão Técnica do Trabalho ou Divisão Social do Trabalho?

A organização da unidade e de seu cotidiano segue dois arranjos distintos, a que convencionamos denominar padrão vertical e padrão horizontal de cooperação. O primeiro é regido por uma divisão social do trabalho e o outro por uma forma mais democrática de organização. Uma das situações que possibilitou a identificação desses dois modos de cooperação diz respeito à realização da limpeza na unidade.

NO conta com apenas um auxiliar de serviços gerais. Trata-se de um senhor que faz serviços de manutenção e, de tempos em tempos, uma limpeza superficial da unidade, que de fato é grande demais para apenas um profissional. Com a mudança no contrato de trabalho proposta pelo município,

ele se candidatou a vigia e o cargo de auxiliar de serviços gerais não havia sido ocupado. "Aqui a gente tem que fazer até a faxina. É porque tinha o seu Dario. Ele era operacional e agora é vigia. Eu gosto muito do seu Dario, mas ele gostava de limpar o posto ou quando tava chovendo ou quando saía o pagamento" (Odontóloga da equipe verde). A unidade ainda não recebia material de limpeza e higiene regularmente – já havia um ano que o almoxarifado estava sem esse material. "Não se tem uma equipe de limpeza no posto. Então a gente improvisa. Então os ACSs ajudavam, mas não são responsáveis pela limpeza" (Médica da equipe azul).

Quando os profissionais não aguentam de tanta sujeira, a equipe se reúne para definir o dia do "faxinão", organizado da seguinte forma: os médicos pagam o material de limpeza, os enfermeiros coordenam o mutirão e os ACSs, que realizam a limpeza da unidade toda, ganham um dia de descanso em recompensa pelo 'trabalho' realizado. Vale lembrar que nem todos participam desse processo, a presença no mutirão da limpeza é espontânea, ainda que todos os profissionais tenham um *day off* 'combinado' e de conhecimento coordenação da unidade, exceto o ACS. Tal organização reproduz e naturaliza uma divisão social no trabalho.

O mesmo procedimento ocorre quando a grama atrás da unidade fica alta. A médica começa a reclamar dos mosquitos – a área gramada fica atrás do consultório da equipe azul. A solução a que recorrem é pedir para dois ACSs capinarem a grama em troca de um dia de folga.

Se, por um lado, o corporativismo e, em alguns casos, a atuação sindical, muito presente em NO, resguardam a classe de alguns abusos e preservam o direito do trabalhador, por outro, quando encarados de forma extrema, levam a um engessamento das práticas que, principalmente na saúde, pode se tornar um obstáculo à possibilidade de cooperação. Como, por exemplo, o caso do ACS que era criticado pelos colegas por realizar eventualmente atividades administrativas, a fim de colaborar com a equipe no suporte à sobrecarga de trabalho. Há ainda aqueles que se fixam na rigidez das regras como uma forma de desresponsabilização e uma possível defesa contra o sofrimento gerado pelas condições de trabalho precárias.

Contudo, quando o profissional realiza uma atividade que não é sua atribuição, instaura-se uma cisão em NO, o que faz com que os trabalhadores não se organizem coletivamente e lutem por aquilo que é seu direito, como, por

exemplo, pressionar pela contratação de pessoal administrativo. Em relação à faxina, aquele que trabalha limpando o posto ganha como 'prêmio' um dia de folga: enquanto isso durar, não se discute a obrigação do município de fornecer material de limpeza e profissionais de serviços gerais – condições básicas para o desenvolvimento do trabalho em uma unidade de saúde. Desse modo, o profissional se sente recompensado com o dia de folga e não busca mudanças nesse quadro desrespeitoso com os profissionais e usuários da unidade.

Não há como interromper o atendimento sem um custo político e psíquico, assim como não há como manter um atendimento de qualidade em condições insalubres. Os profissionais se veem imersos em um dilema: se atender é um risco, não atender também o é (Sá, 2005). Trata-se de uma luta cotidiana contra o real do trabalho na forma de jeitinhos ou transgressões (quebra-galhos) ao prescrito do trabalho, mas isso não se dá sem muito sofrimento (Dejours, 1999).

As equipes de saúde bucal se organizam para a realização da limpeza de modo distinto do descrito anteriormente e bastante interessante também. Todos da equipe participam da limpeza, que em geral ocorre antes dos atendimentos. Eles se encarregam de comprar o material e limpar seus consultórios e o banheiro que compartilham. Diferentemente da limpeza da equipe de saúde da família, aqui não se afirma uma divisão hierárquica do trabalho para a realização do faxinão, e todos colocam a 'mão na massa'.

Outro exemplo interessante do que convencionamos chamar de padrão horizontal de cooperação é a mobilização do almoço realizada pela equipe de saúde bucal. Um dos odontólogos da equipe não gostava de comer 'quentinha' e tampouco a comida preparada pela pensão mais próxima onde a maioria dos profissionais da saúde da família almoça. Daí começou a incentivar a equipe para que fizessem a comida na unidade, onde há um fogão a gás. Por isso, quase sempre eles se organizam: cada um traz um ingrediente, eles preparam a comida de forma coletiva e almoçam juntos. Já entre a equipe de saúde da família, é comum que um ACS traga a comida ('quentinha') dos enfermeiros quando volta do almoço. Os médicos quase nunca almoçam na unidade, pois assim que terminam os atendimentos vão embora.

Será que a maior interdependência entre os trabalhadores da equipe de saúde bucal para a produção do cuidado poderia explicar em parte esse padrão mais horizontal de cooperação? De certa forma, o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde bucal depende mais de seus membros, isto é, para a

realização de cada consulta odontológica é imprescindível a participação dos auxiliares de saúde bucal. O trabalho do técnico em saúde bucal é sempre muito interligado ao do odontólogo. As visitas domiciliares das equipes de saúde bucal são constantemente acompanhadas pelos técnicos em higiene ou auxiliares de saúde bucal. Talvez esse convívio de trabalho mais imediato e interdependente aproxime também os vínculos entre os integrantes da equipe, deixando os laços mais fortes do que entre os membros das equipes de saúde da família e favorecendo um padrão mais horizontal de cooperação.

A Subjetividade dos Trabalhadores como Elemento Central na Gestão dos Serviços de Saúde

A investigação da vida das coletividades na sua diversidade qualitativa, inserida em determinado contexto histórico e político-institucional, é aqui assumida com uma postura crítica que promove o diálogo entre o macro e o micro, articula políticas públicas voltadas para a saúde e para a prática cotidiana dos serviços. Tal perspectiva possibilita o redimensionamento da forma de fazer e pensar a saúde na nossa realidade e a busca de práticas mais cuidadosas, além de contribuir para a própria saúde de quem trabalha.

As dificuldades encontradas na realidade dessa unidade de saúde não podem ser descontextualizadas da situação em que o município se encontrava e da história de construção da assistência à saúde na Baixada Fluminense. Ainda que as carências materiais do serviço produzam contingências e insuficiências constantes, em alguns momentos é possível olhar o outro e produzir algum cuidado, ainda que aparentemente bastante limitado.

Os principais destaques na organização do processo de trabalho das equipes dizem respeito ao improviso de saídas pelos profissionais diante da precariedade das condições de trabalho, dos desafios que se impõem cotidianamente para a cooperação entre os profissionais das equipes e da construção coletiva do processo de cuidado. Tratando-se de um tema tão complexo como a saúde das pessoas, pensar o cuidado e o modo como ele se constrói no cotidiano dos serviços, e como se atualiza e ganha sentido no movimento constante da sociedade e dos seus atores nos parece ser um caminho para a mudança das práticas nas unidades de saúde. Do mesmo modo, trazer a subjetividade dos profissionais como questão central para a gestão dos serviços de saúde se

coloca como caminho para práticas de cuidado mais solidárias nas unidades públicas de saúde (Sá, 2005, 2009).

Referências

BIRMAN, J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! *In*: KEHL, M. R. (Org.). *Função Fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 315-329, 1999.

DEJOURS, C. Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. Trad. Ana C. F. Reis. São Paulo: Fundap, Eaesp, FGV, 1999.

DEJOURS, C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Trad. Franck Soudant. *In*: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2008.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. PSF: contradições e novos desafios, 1999. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>. Acesso em: set. 2009.

GIOVANELLA, L. *et al*. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 783-794, 2009.

GUATTARI, F. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000. Disponível em: <www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000cgp.asp?o=7&i=P>. Acesso em: 20 jan. 2010.

LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. Belo Horizonte: Autêntica, Fumec, 2001.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a ama dos serviços de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. & QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(2): 177-184, 1993.

NOVA IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas. *Relatórios de Gestão de Março a Dezembro de 2009*. Nova Iguaçu: Semus, 2009.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. & MATTOS, R. A. Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj, Abrasco, 2007.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a 'humanização' das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1): 651-664, 2009.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

12
Laboratório de Práticas Gerenciais: por um dispositivo grupal de formação em gestão hospitalar voltado para os sentidos do trabalho gerencial

Creuza da Silva Azevedo
Marilene de Castilho Sá

Apresentamos aqui uma reflexão sobre a experiência do Laboratório de Práticas Gerenciais (LPG) em hospitais públicos desenvolvido no âmbito da formação em gestão hospitalar, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). A proposta do LPG se insere no grupo de pesquisa Subjetividade e Gestão em Saúde, dedicado à análise das relações dos sujeitos com as organizações, particularmente os processos intersubjetivos no âmbito das organizações. Nessa perspectiva de análise, destacam-se a problemática do trabalho gerencial e da função de liderança; do trabalho em saúde e da produção do cuidado; dos processos de mudança; e as possibilidades de construção de projetos coletivos nas organizações públicas de saúde.

A primeira experiência do LPG foi desenvolvida de 2000 a 2001 com ex-alunos do curso de especialização em Gestão Hospitalar que ocupavam funções de direção em hospitais públicos (Sá & Azevedo, 2002). Em 2007, iniciamos a segunda experiência, na qual o LPG passou a ser uma atividade curricular do curso de especialização em Gestão Hospitalar. No ano de 2009 tivemos uma terceira experiência seguindo os moldes da experiência de 2007. O objetivo do LPG, realizado no âmbito da formação em gestão, foi permitir que os gestores, alunos do curso, desenvolvessem uma reflexão a respeito da

dinâmica dos hospitais onde trabalham e de suas práticas, explorando suas vivências na condução cotidiana dessas organizações.

O LPG é um dispositivo grupal, inserido na formação gerencial, que visou, mediante uma abordagem clínica, a colocar os dirigentes em posição de palavra e possibilitar a expressão e a compreensão das relações dinâmicas entre os sujeitos, a organização e a produção de sentido para suas práticas, para seu trabalho. Tal dispositivo procura favorecer a elaboração e o trânsito entre o que é preconizado pelas teorias do campo do planejamento e da gestão com relação ao trabalho gerencial e o que os gestores efetivamente vivem em seus hospitais, em um contexto bastante adverso.

Ao formularmos a proposta do LPG, partimos do pressuposto de que o processo de aprendizagem compreende não apenas uma dimensão cognitiva e consciente, mas também uma elaboração psíquica, apoiada, neste caso, nas vivências subjetivas e associadas ao trabalho gerencial realizado e às implicações dos sujeitos (alunos-gestores) com esta função. José Sérgio Carvalho, ao criticar o uso indiscriminado do conceito de formação e sua identificação imediata à transmissão de informações, ao desenvolvimento de competências ou à difusão de conhecimentos, considera que toda formação, embora implique alguma aprendizagem, com ela não se confunde:

> A aprendizagem indica simplesmente que alguém veio a saber algo que não sabia: uma informação, um conceito, uma capacidade. Mas não implica que esse 'algo novo' que se aprendeu nos transformou em um novo 'alguém'. E essa é uma característica forte do conceito de formação: uma aprendizagem só é formativa na medida em que opera transformações na constituição daquele que aprende. (Carvalho, s.d., grifo nosso)

Segundo o autor, a aprendizagem só é formativa se tiver capacidade de deixar traços ou de 'afetar' os sujeitos.

> Nem tudo o que aprendemos – ou vivemos – deixa traços que nos formam como sujeitos. As notícias dos telejornais, o trânsito de todas as manhãs, as informações sobre o uso de um novo aparelho, (...) tudo isso pode ser vivido ou aprendido sem deixar traços, sem nos afetar. *Uma experiência torna-se formativa por seu caráter afetivo.* (Carvalho, s.d., grifo nosso)

Tratar da formação de gestores em saúde, especialmente para profissionais que têm experiência e inserção na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), impõe o reconhecimento, por um lado, dos desafios advindos do contexto

do SUS, particularmente dos hospitais – perante os quais as teorias organizacionais e tecnologias do campo do planejamento e da gestão parecem ter pouca potência –, e, por outro, do debate em curso no campo da educação em saúde, que igualmente questiona a potência das estratégias tradicionais de formação para produzir mudanças substantivas nas práticas de saúde e na qualidade do cuidado.

Analisaremos aqui a segunda experiência do LPG, desenvolvida em 17 sessões entre julho de 2007 e junho de 2008 no âmbito do curso de especialização em Gestão Hospitalar da Ensp.

O Contexto dos Hospitais Públicos do Rio de Janeiro, os Desafios da Formação dos Profissionais da Saúde e a Perspectiva Teórico-Metodológica do Laboratório

Os hospitais públicos, particularmente os do Rio de Janeiro, têm vivido nas últimas décadas em um contexto de escassez de recursos, falta de investimentos e baixa autonomia gerencial, aliado ao excesso de demanda, fruto da dificuldade de constituição e coordenação de uma rede pública de serviços de saúde que garanta o acesso a todos os níveis de assistência. Esse quadro se agrava pelos efeitos perversos advindos, por um lado, dos processos de exclusão social, violência e banalização da vida e do sofrimento alheios que se intensificam em nossa sociedade e, por outro, dos efeitos da máquina política na administração pública. A situação vivida nos hospitais públicos de emergência do Rio de Janeiro nos apresenta também desafios teóricos para a compreensão e intervenção, na medida em que se caracteriza como uma crise simultaneamente aguda e crônica. As dificuldades para se garantir o funcionamento dos hospitais de emergência estão associadas a problemas que já não são de curto prazo e têm marcado as últimas décadas na assistência pública no Rio de Janeiro (Aquino, 1987).

Em sua luta constante para dispor dos insumos necessários à realização das atividades assistenciais e responder à enormidade da demanda, os gestores hospitalares estão imersos em vivências de descontrole e angústias associadas a um trabalho ao mesmo tempo excessivo e insuficiente, resultando numa prática atravessada pela ação contínua, sem pausas para reflexão (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007).

Quanto ao debate no campo da formação, inicialmente é importante afirmar a limitação de perspectivas de formação que se encontram baseadas exclusivamente na transmissão de informações e conhecimentos, apartadas da realidade cotidiana dos sujeitos. Seu caráter prescritivo baseia-se numa compreensão do aluno como ser passivo. No campo da saúde pública reconhece-se a limitação desse tipo de abordagem, que por si só não teria potência para levar a mudanças nas práticas (Heckert, 2007; Ceccim, 2005).

Inúmeros autores têm tratado da questão da formação em saúde tanto no âmbito da educação formal de profissionais quanto no da educação permanente, ressaltando, acima de tudo, como centrais, a porosidade à realidade vivenciada pelos profissionais e a introdução de dispositivos coletivos que favoreçam a implicação, a mudança organizacional, o pensamento crítico e a experimentação (Ceccim, 2005; Heckert, 2007; Merhy, 2005). Parte dessas experiências filia-se, em termos teórico-conceituais, à pedagogia de Paulo Freire, particularmente sua noção de aprendizagem significativa, ao movimento institucionista, especialmente à produção de René Lourau e George Lapassade, e ainda às concepções da filosofia da diferença particularmente apoiadas em Gilles Deleuze e Félix Guattari (Ceccim, 2005; Heckert, 2007; Merhy, 2005; Heckert & Neves, 2007).

Para enfrentar os desafios vinculados à concretização do SUS, nessas novas perspectivas de formação procura-se compreender o cotidiano dos serviços de saúde em suas relações com os modos de fazer a atenção, a gestão e a prática dos sujeitos nela implicados (Heckert & Neves, 2007; Ceccim, 2005). No âmbito da saúde pública, as críticas aos processos tradicionais de formação têm favorecido experiências de formação centradas nos grupos como dispositivo central (Benevides, 2001; Furlan & Amaral, 2008; Cunha & Dantas, 2008).

Em nossa linha de pesquisa, voltada para a análise das relações entre subjetividade e gestão em saúde, e especificamente para a orientação teórico-metodológica do LPG, procuramos articular a perspectiva da psicossociologia francesa, especialmente a partir das contribuições de Eugène Enriquez (1997a, 1997b), André Lévy (2001) e Jacqueline Barus-Michel (2004), com a teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais, particularmente as formulações de René Kaës (1989, 1994, 1997, 2003, 2005), e a psicodinâmica do trabalho, na perspectiva de Cristophe Dejours (1999, 2004, 2007). Valorizamos, mediante essas abordagens que compartilham uma perspectiva

clínica, a análise e a intervenção no nível micro e na dinâmica do cotidiano dos serviços de saúde, de seus grupos e sujeitos, nos vínculos afetivos, imaginários e simbólicos que estabelecem entre si, com seu trabalho e com a organização, bem como na dinâmica prazer-sofrimento no trabalho e nos sentidos ali produzidos. Nessa perspectiva teórico-metodológica, a experiência do LPG se justifica pelo reconhecimento de que o acesso à subjetividade não é uma exigência apenas pessoal, 'privada' dos sujeitos, mas se coloca como uma exigência social (Giust-Desprairies, 2001), uma exigência relevante para a formação de gestores e trabalhadores da saúde, em geral, e uma condição para o melhor exercício dessas funções. Do mesmo modo, a experiência do LPG também se justifica pela compreensão de que a mudança (especificamente a mudança organizacional), antes de ser um acontecimento material, é um processo psíquico (Lévy, 1994a), isto é, pressupõe um trabalho de elaboração.

A organização é considerada, na visão da psicossociologia, uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação e se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário para paixões presididas pelo amor e também pela violência (Enriquez, 1997a, 1997b). O fenômeno organizacional passa a ser por nós tratado considerando-se as dimensões imaginária, intersubjetiva e grupal (Enriquez, 1997a). A interação nas organizações envolve os sujeitos e, por isso, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, do imaginário e do simbólico. Para compreender a organização, é necessário então admiti-la como fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes e também de fantasias e desejos que são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos, conformando outra cena: a do inconsciente e do imaginário.

A Experiência do Laboratório: organização e atividades

O *setting* do LPG – diferenciado da sala de aula, funcionando em pequenos grupos, garantindo a confidencialidade e, portanto, o sigilo das informações trocadas no grupo – foi constituído para ser um espaço favorecedor ao mesmo tempo da expressão e do compartilhamento dos sentimentos e percepções dos gestores a respeito de suas experiências cotidianas nos hospitais e da elaboração de seus limites e possibilidades como gestores em contextos em geral tão adversos.

Foram formados três grupos com os alunos do curso.[1] Como havia até três alunos de um mesmo hospital, procuramos distribuí-los em diferentes grupos, o que significa que esses grupos não se constituíram mediante agrupamento espontâneo. Os alunos, um total de trinta, ocupavam, em sua maioria, funções de gestão intermediária na esfera da atenção à saúde, chefias médicas e de enfermagem em serviços clínicos e cirúrgicos de hospitais públicos do estado Rio de Janeiro.

O LPG se realizou através de sessões quinzenais, com duração de uma hora e meia. As sessões se desenvolviam em torno dos relatos de experiências e discussão das vivências dos alunos/gestores. Uma parte das sessões era livre. A outra parte se apoiava em materiais expressivos, tais como casos, pequenos textos, roteiros de discussão, filme, poemas, contos e crônicas como suporte para a dinâmica grupal. Acreditamos que esses diferentes materiais, na medida em que favorecem a *poiesis* – isto é, a capacidade de criação e expressão poética, o uso de metáforas, alegorias e outras figuras de linguagem –, possibilitam o transporte ou o trânsito entre múltiplos sentidos – ou, como diria Kaës (1989), realizam uma função fórica. Especialmente os casos e o filme contribuem para o desencadeamento de processos identificatórios e por isso potencializam, a nosso ver, o processo associativo grupal (Kaës, 1994)[2] e a elaboração psíquica.

A seleção e a definição quanto ao emprego do material para sessões eram fruto da compreensão do que se passava em cada grupo, bem como da tentativa de tratar de algumas temáticas abordadas em unidades teóricas do curso, através de caminhos que possibilitassem aos sujeitos uma utilização não instrumental da linguagem, como a definiria Birman (2003).

Em anexo, ao fim do capítulo, apresentamos um quadro-síntese dos temas e dinâmicas utilizados em cada uma das sessões do LPG.

---

[1] Cada grupo foi conduzido por um dos coordenadores da experiência – as autoras deste capítulo e o professor Victor Grabois, também da Ensp.

[2] Kaës define o processo associativo como "o movimento dos vínculos que se produzem entre as pessoas associadas na e pela forma de um grupo. A identificação é então o principal processo do vínculo associativo, em sua estrutura libidinal. Processo associativo designa também o movimento dos acontecimentos de palavra obtidos dentro da situação psicanalítica pelo enunciado da regra fundamental: a continuação das associações, suas disposições internas, as significações que aparecem, a ordem determinada das formações do inconsciente que se verifica ali, podem ser pensadas como transformações de um primeiro enunciado que deverá ser reencontrado ou construído" (Kaës, 1994:41, tradução nossa).

A Intervenção Psicossociológica

A condução do LPG esteve orientada pela perspectiva de intervenção clínica-psicossociológica. As contribuições de Lévy (2001), Enriquez (1997a) e Barus-Michel (2004) têm norteado nossa compreensão da abordagem clínica como pesquisa e intervenção. A abordagem clínica é um posicionamento em relação ao sujeito ou a um conjunto de sujeitos de um grupo, ao seu sofrimento e ao enfrentamento de um problema ou situação de crise (Lévy, 2001; Barus-Michel, 2004). A orientação psicanalítica demanda uma prática de escuta da polissemia do sujeito –, os vários sentidos contraditórios, advindos de sua própria cisão, que emergem, em parte, da e na palavra. Assim, a abordagem clínica supõe sujeitos vivos, desejantes e pensantes, que buscam reconhecimento e sentido para suas emoções, suas histórias, para suas experiências. O posicionamento clínico, afirma Lévy (2001: 23), se define como uma "*démarche* de compreensão daquilo que faz a singularidade radical de uma situação, de um problema, ou de um mal-estar vivido por determinados grupos ou pessoas".

Na perspectiva da psicossociologia francesa, o ponto de vista clínico favorece a apreensão de processos que articulam a história de grupos, organizações e dos indivíduos que a compõem. Tal trabalho envolve, nessa abordagem, uma clínica do sentido que se estabelece em torno da relação dinâmica entre organização e produção de sentido (Lévy, 2001). O ato de compreender, esclarece Lévy (2001: 23), "comporta efeitos de mudança que, se não são previsíveis, podem ser determinantes", propiciando o engajamento dos sujeitos, inclusive do coordenador-clínico. A *démarche* clínica se caracterizaria como um trabalho de construção de sentido, fruto de um diálogo entre as experiências vividas pelos sujeitos e aquilo que tais experiências possam significar para eles.

É importante ressaltar que, embora conceitos psicanalíticos sejam fundamentais para a concepção psicossociológica e clínica do grupo, e que, além de Freud, as contribuições de Alfred Bion, Didieu Azieu e Elliot Jacques ganhem importância, tanto Enriquez (1997a) quanto Lévy (2001) procuram situar o registro psíquico articulado à realidade social. Assim, a abordagem aqui adotada se insere em uma perspectiva mais ampla, na qual o peso das determinações políticas, culturais ou econômicas não é negligenciado.

Um aspecto fundamental da abordagem clínica empregada diz respeito à implicação do pesquisador/coordenador, entendida como capacidade de se

dispor ao sentido, de acolhê-lo. Não se trata de uma fusão emocional com o objeto, mas de reconhecer seus laços com a instituição e seu interesse afetivo pelo processo em curso e pelas pessoas que fazem parte do grupo (Barus-Michel, 2004). Aliás, essas são condições para a realização dessa prática. Lévy (1994b) alerta que uma atitude desapaixonada ou pretensamente científica do coordenador/interventor pode levar apenas a ações tecnocráticas a serviço de um desejo de poder.

As Funções do Laboratório

Em nossa compreensão, e esta tem sido a nossa aposta, o LPG, espaço de escuta e olhar atentos aos sujeitos, pode exercer, como processo grupal e intersubjetivo, funções de mediação e apoio para sujeitos e para o coletivo. A potência do dispositivo estaria associada à sua possibilidade de funcionar como espaço para o exercício da função intermediária, como a compreende Kaës (1989), para os processos identificatórios entre membros do grupo e para a expressão e o encaminhamento do sofrimento presente no trabalho gerencial nos hospitais públicos.

A função intermediária e o fenômeno transicional

Apoiados na concepção de Kaës (1989, 1994, 1997, 2003, 2005) sobre os processos grupais, compreendemos que o LPG se propõe a exercer um papel de apoio e mediação. O espaço intermediário permitiria o trânsito entre os espaços da realidade psíquica subjetiva/intersubjetiva e da realidade social.

Kaës (1989, 1997, 2005) compreende as formações e os processos psíquicos intermediários como formações de ligação, de passagem de um elemento a outro, seja no espaço intrapsíquico (formação de compromisso, pensamento de ligação), seja no espaço interpsíquico (mediadores, representantes, objetos transicionais, porta-vozes), seja na articulação entre esses dois espaços.

As formações e os processos psíquicos intermediários entre os sujeitos singulares e o grupo asseguram a continuidade e propiciam a articulação entre a psique dos sujeitos e a realidade do grupo. O espaço intermediário funciona como operador de identificações imaginárias e simbólicas, que são a base para o vínculo grupal e, consequentemente, para a articulação dos sujeitos em torno de um projeto comum.

Kaës recupera de Winnicott a noção de fenômenos transicionais para pensar os espaços coletivos. Procurando estender essas compreensões à dinâmica do LPG, nossa hipótese é que tal dispositivo possa funcionar como um espaço transicional, favorecendo elaborações psíquicas quanto ao sentido do trabalho, cumprindo talvez a função de restabelecimento de uma área de ilusão ou de sonho e a construção de novas simbolizações sobre o trabalho nos hospitais.

Winnicott (2000) destaca que os objetos e os fenômenos transicionais pertencem ao mundo da ilusão, que está na base dos primórdios da experiência humana. Para o autor, eles constituiriam uma terceira área da experiência dos sujeitos, um caminho para que a realidade externa tenha um significado pessoal. A área transicional seria um espaço de ilusão que permitiria a mediação entre a realidade interna e a externa, tarefa que se inicia na relação do bebê com a mãe e que jamais se completa. O espaço transicional ou fenômeno transicional facilitaria o trânsito entre a realidade subjetivamente concebida e a realidade objetivamente percebida, favorecendo um relacionamento com a objetividade da realidade pela via da criatividade, e não da submissão (Dias, 2003). "Primitivamente constituído pela mediação que a mãe estabelece entre as necessidades psíquicas e corporais da criança e o meio psíquico e social que a envolve, este espaço (transicional) vai rapidamente se qualificar como o espaço da cultura" (Kaës, 2005: 59). Para Kaës, a articulação promovida por Winnicott entre a área transicional e o espaço cultural permite pensar a relação entre o mundo interno e o mundo dos signos, dos sentidos e dos ritos estabelecidos em comum, tornando-os não como mutuamente excludentes, mas, ao contrário, intricados.

Kaës busca em Freud e em Géza Róheim importantes antecedentes para o pensamento sobre o intermediário: particularmente Róheim e sua contribuição para as pesquisas que Winnicott, 25 anos depois, faria sobre os objetos/fenômenos e espaços transicionais. Segundo Kaës (2005), a noção de 'objeto intermediário' em Róheim é central em sua teoria do psiquismo e da cultura, constituindo a base libidinal da cooperação social. O objeto intermediário em Róheim é, portanto, como destaca Kaës (2005), um produto de Eros, obra de criação, de ligação, de articulação unificante.

Discutindo a perspectiva winnicottiana sobre o objeto e o espaço transicional, Kaës (2005) observa que o que é próprio da área transicional e da localização cultural que dela deriva é fazer coexistir "a herança e a criação".

Na experiência cultural, recebemos o que nos é transmitido, representações disponíveis, que conformam a herança a ser apropriada, com as quais iremos 'brincar', e assim criativamente contribuir para sua transformação.

> Essa coexistência é um momento paradoxal e fecundo que supõe uma *experiência subjetiva e intersubjetiva de tolerância e confiança*. Cada um desses espaços é, primeiramente, o lugar de uma experiência fundadora: a experiência da ilusão de uma continuidade entre a realidade psíquica e a realidade externa, entre aquilo que se herda e aquilo que se encontra e cria. Com efeito, a simbolização e a criatividade que introduzem a experiência cultural só podem produzir-se – como Winnicott (...) diz – '*se tivermos um lugar para colocar o que encontramos*'. (Kaës, 2005: 60, grifos nossos)

No entanto, o problema levantado por Kaës (2005) – e que nos faz pensar nas possíveis funções de um dispositivo como o LPG para gestores de hospitais públicos – é justamente o seguinte: vivemos, na sociedade contemporânea, uma deficiência ou ausência das formações intermediárias. Segundo o autor, um conjunto de transformações agudas na sociedade moderna afeta as funções do intermediário no campo da vida social e da cultura. Kaës o exemplifica com a mutação das estruturas familiares, a fratura dos laços intergeracionais, a transformação dos vínculos de sociabilidade e das estruturas de poder e autoridade, entre outros fenômenos: "Todas essas transformações *põem em xeque* as crenças e os mitos que asseguram *a base narcísica de nosso pertencimento a um conjunto social*. Elas comprometem os fundamentos da identidade" (Kaës, 2005: 53, grifos nossos).

Quando pensamos na situação dramática em que se encontram os hospitais públicos no Rio de Janeiro, inseridos em uma crise simultaneamente aguda e crônica, podemos entender que tal situação representa, para os gestores e profissionais da saúde (e também para a sociedade), uma importante falha ou fratura na função intermediária que a instituição hospital deveria desempenhar na sociedade: idealmente espaço de mediação entre a vida e a morte, de recuperação da vida ou de acolhimento e assistência qualificada ante a inevitabilidade da morte e do sofrimento humano. Marcados pela precariedade das condições materiais e tecnológicas, pelo descontrole dos processos de trabalho, pela baixa autonomia gerencial, pela baixa qualidade, baixa capacidade resolutiva e também pela produção de sequelas e óbitos evitáveis, os hospitais públicos no Rio de Janeiro não podem, evidentemente, ocupar esse lugar ou exercer tal função intermediária. Alvo de descrédito e de desvalorização

por parte da sociedade, representam, para aqueles que neles trabalham, uma importante ferida narcísica e uma ameaça à sua identidade como gestores e profissionais da saúde em geral. Tal situação é fonte de sofrimento para esses profissionais, confrontados cotidianamente com a impotência e com a ameaça à sua identidade profissional. Além disso, em sua luta constante para dispor dos insumos necessários à realização das atividades assistenciais e responder à enormidade da demanda, os gestores hospitalares estão imersos em vivências de descontrole e angústias associadas a um trabalho ao mesmo tempo excessivo e insuficiente, resultando em uma prática atravessada pela ação contínua, sem pausas para reflexão.

Poderíamos dizer, com Kaës e a partir de Winnicott, que o LPG, funcionando no interstício entre o espaço formal/racional da sala de aula (espaço de 'transmissão' de conhecimentos sobre a gestão, de afirmação da cultura organizacional, e por isso espaço da 'herança') e o espaço do hospital (espaço da vida e da morte encarnadas nos corpos dos sujeitos, e também espaço da precariedade, do descontrole, dos processos disruptivos, frequentemente violentos e não simbolizáveis, que caracterizam a realidade dos hospitais públicos) se propõe a ser um 'lugar' onde os nossos alunos-gestores podem vir a 'colocar o que encontram' nessas diferentes realidades. Um espaço de construção de uma experiência subjetiva e intersubjetiva de tolerância e confiança, favorecendo a capacidade de simbolização, de produção de sentido e de criatividade para lidarem com o que vivem nesses espaços e os afeta como sujeitos, e contribuindo igualmente para a afirmação de sua identidade como gestores hospitalares.

O favorecimento dos processos identificatórios

O debate a respeito da função fraterna, da importância da figura do outro, dos pares, como amparo simbólico aos membros de uma comunidade (Kehl, 2000), constitui também um caminho, em nossa visão, frutífero para analisar o potencial do LPG e a centralidade dos processos identificatórios nessa experiência.

Maria Rita Kehl (2000), ao apresentar indagações sobre a existência de uma função fraterna na constituição do sujeito e ao ressaltar a importância de se recuperar a confiança dos sujeitos no laço social, explora teoricamente a importância de um campo horizontal de identificações entre semelhantes,

campo horizontal secundário em relação à identificação com o ideal representado pelo laço vertical. As identificações fraternas favorecem uma "circulação horizontal" como campo de encontros e embates, transmissão de saberes e experiências que se dão entre os membros de um grupo, constituindo-se como um "campo identificatório diversificado, no qual o sujeito pode se mover" e permitindo também "a circulação da palavra em sua multiplicidade de sentidos, em sua plasticidade criadora, em relação à qual o indivíduo está simultaneamente desamparado – nada lhe fornece garantias de verdade quanto às suas escolhas – e aliado aos semelhantes" (Kehl, 2000: 44, 45).

Além de considerar os traços de rivalidade e de hostilidade, tão frequentes na leitura psicanalítica sobre o vínculo entre irmãos, Kehl chama a atenção para possibilidade que tem a *fratria* de transformar esses afetos em ternura, podendo ser a base para *philia* – laços de amizade, de alianças entre irmãos, capazes, a seu ver, de mobilizar uma "solidariedade reguladora das tensões no cotidiano" (Kehl, 2000: 43).

Na experiência do LPG, têm sido centrais no processo grupal, no âmbito das identificações horizontais, a elaboração da identidade profissional como gestor e, portanto, o acesso ao sentido dessa prática e a compreensão da dimensão grupal e intersubjetiva que esse trabalho implica.

O acolhimento e o encaminhamento do sofrimento psíquico presente no trabalho gerencial nos hospitais públicos

Com base na compreensão da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 2004, 2007; Mendes & Araújo, 2007), podemos também identificar outro papel central do LPG: tornar-se um espaço para a expressão e também, acreditamos, para o encaminhamento do sofrimento presente no trabalho gestor realizado.

As precárias condições de trabalho – abastecimento e manutenção deficientes; escassez de recursos; insuficiência de recursos humanos; pressão da demanda que contrasta com os recursos existentes –, associadas à baixa governabilidade – falta de autonomia para enfrentar os problemas; pressões políticas e corporativas; descontrole sobre a qualidade da assistência e dificuldades para aumentar o compromisso dos profissionais com o trabalho –, tornam-se as principais fontes de sofrimento que emergem no LPG. Tais dificuldades expressam a grande distância entre o real do trabalho e o trabalho prescrito, no sentido adotado por Dejours (2004).

Os depoimentos expressam vivências de desproteção, aprisionamento, incapacidade de se desligar do hospital. Surgem ainda sentimentos de culpa e solidão, associados à impotência em relação à melhoria de atendimento dos usuários, e até mesmo de vergonha da situação assistencial, sua precariedade e a desqualificação envolvida.

Expressão última do grande sofrimento vivenciado são os relatos de adoecimento, inclusive durante o trabalho. Crises de ansiedade, hipertensão são alguns exemplos. Como expressão máxima, tivemos o relato de uma gestora que enfartou no hospital.

No entanto, ainda que o sofrimento, como nos ensina Dejours (2004, 2007), esteja sempre rondando o trabalho, seja inerente a ele, o adoecimento não é uma consequência necessária ou obrigatória do trabalho. Com Dejours aprendemos que as possibilidades de encaminhamento do sofrimento no trabalho passam, para além da mobilização dos recursos psíquicos e cognitivos singulares de cada trabalhador (da possibilidade de aplicação de sua inteligência prática no enfrentamento do real do trabalho), pela relação com o outro, isto é, pelos processos intersubjetivos e pela dinâmica do coletivo nas situações de trabalho. Nesses processos, destacam-se o papel do reconhecimento – como retribuição simbólica pelas contribuições de cada trabalhador à organização do trabalho, retribuição à sua mobilização subjetiva, ao seu investimento no trabalho, às responsabilidades e riscos que assume – e da possibilidade de transparência sobre o real do trabalho, condição de instauração da confiança e da cooperação.

O contexto aqui analisado, os hospitais públicos, não é absolutamente favorecedor nem do reconhecimento nem da transparência sobre o real do trabalho (esta última condição também dificilmente acessível no cenário das salas de aula, dominado pelo trabalho prescrito), mas o espaço do LPG favorece a ambos. Ao se colocar como possibilidade de expressão (e escuta) do sofrimento dos gestores hospitalares, o LPG favorece simultaneamente o acesso ao real do trabalho – acesso à experiência do real, que é, segundo Dejours (2007), sempre uma experiência afetiva penosa, pois é a experiência do fracasso – e o reconhecimento, o testemunho dos esforços de cada um dos gestores, a mobilização de suas energias e criatividades para superar os obstáculos impostos pelas condições de trabalho, tornando transparentes os zelos, os quebra-galhos e as transgressões de que lançam mão.

Na mesma perspectiva, Mendes e Araújo (2007) sinalizam que a possibilidade de ressignificação do sofrimento no trabalho pressupõe o uso da inteligência prática e da cooperação (quando ocorre o compartilhamento dessa inteligência no coletivo), o reconhecimento e o espaço público da fala.

É importante resgatar a compreensão de Dejours (2007: 17) de que o sofrimento no trabalho "pode também ser um *ponto de partida*, e não apenas uma consequência lastimável" (grifo do autor). O sofrimento, nesse sentido, projeta o sujeito no mundo em busca de solução. Tal solução, contudo, não vem facilmente. Coloca-se, então, a 'tolerância' como uma importante condição do trabalho:

> Trabalhar supõe antes de tudo poder tolerar esse sofrimento até que a via para superar o obstáculo tenha sido encontrada. É preciso experimentar, tentar, de novo fracassar, meter-se em becos sem saída. (...) É da capacidade do sujeito tolerar esse sofrimento (e da obstinação) que depende o talento para encontrar soluções e novos caminhos para superar os obstáculos que o real opõe à realização da tarefa. (Dejours, 2007: 18)

Acreditamos que nesse processo grupal, possibilitado pelo LPG, de escuta e compartilhamento dessas vivências de sofrimento no trabalho, de explicitação do real do trabalho e, igualmente, de compartilhamento da inteligência prática dos gestores, produz-se maior potência de tolerância com o sofrimento no trabalho e, consequentemente, melhores condições para seu encaminhamento ou transformação. Tal hipótese se soma à compreensão que aqui apresentamos, na perspectiva teórica de Kaës, de que o LPG pode representar, para os alunos-gestores, um espaço de construção de uma experiência subjetiva e intersubjetiva de tolerância e confiança.

Entre os Imaginários de Potência e de Impotência

Frequentes nas sessões do LPG eram as manifestações de sofrimento dos alunos-gestores com a falta de reconhecimento de seu trabalho, tanto por parte dos superiores hierárquicos quanto, muitas vezes, também por parte dos subordinados. Os alunos se queixam de que seus esforços para superar os imensos desafios cotidianos para que os hospitais funcionem e prestem

minimamente uma assistência de qualidade não são vistos. Referem-se ao desconhecimento das autoridades sobre a situação concreta dos hospitais e suas necessidades como a "miopia e a cegueira" das autoridades, que não sabem sequer quantos médicos têm... "Uma desorganização: não sabem nem contabilizar". Demandam, assim, reconhecimento por seus esforços na gestão e na assistência.

"Não consigo mais negociar... nenhum argumento científico é capaz de sensibilizar a direção." Uma diretora de enfermagem fala da insuficiência de pessoal. Receberam autorização para a contratação de mais 12 técnicos de enfermagem, mas vão abrir nova enfermaria (o déficit continua). "Nosso erro é ir trabalhando até o último furo", num esforço sobre-humano, ao mesmo tempo insuficiente e de todo modo não reconhecido. "Eles não ouvem as reivindicações... dizem que a gente não sabe fazer conta... é um desgaste. A gente faz conta em cima de conta!"; "Eles exigem um monte de coisa! Agora com a acreditação! Vai lá na beira do leito, vai lá para a guerra para ver!".

Do mesmo modo, relatam dificuldade com os funcionários, "dificuldades da democracia"; mencionam que os "funcionários resolvem coisas e não nos informam" (sentem-se desrespeitados, desvalorizados). Preocupados com a desvalorização de seu trabalho, sentem-se mais frequentemente ameaçados com a possibilidade de serem "descartados". "Quem vai ficar no meu lugar? Não me importo..."

Procuramos trabalhar essas dificuldades problematizando as implicações dos gestores com a função gerencial, com o lugar que ocupam imaginária e simbolicamente no hospital e discutindo suas escolhas à luz do contexto atual dos serviços públicos de saúde, particularmente dos hospitais, atravessado por crises de natureza política, gerencial e assistencial. Marcado pela baixa governabilidade (Azevedo, 2010; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007), tal contexto configura um cenário particularmente favorecedor de vivências de desamparo e desafiliação social (Carreteiro, 2001, 2003) e dificulta o investimento libidinal dos profissionais no trabalho e na organização, mostrando-se, portanto, adverso à construção de projetos mais coletivos.

Em nossa compreensão (Azevedo, 2010; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007), as organizações públicas de saúde estão vivendo sob o domínio de

um imaginário social enganoso,[3] que se teria constituído em um contexto de reconhecimento negativo (Carreteiro, 1993, 2003), de desvalorização do serviço público e de seus funcionários, de precarização das condições de trabalho, da remuneração e dos vínculos, fruto também do contato cotidiano com a miséria da população, com seu sofrimento social (Carreteiro, 2003) e com o que de irrepresentável se apresenta (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007; Onocko Campos, 2005). Tal imaginário estaria perpassado pelo domínio da impotência, da descrença, da impossibilidade de mudança, pela compulsão à repetição, determinando apatia e conformismo e tendo repercussões éticas na relação dos trabalhadores entre si e na relação deles com os pacientes. Esse imaginário social enganoso dominante tem, em nossa compreensão, corroído o imaginário motor[4] do Movimento Sanitário, dos gestores, profissionais, intelectuais.

Nesse cenário, embora possamos compreender a prática gerencial como espaço potencial para embates entre as forças dominantes do conformismo, forças disjuntivas, e as forças instituintes, que procuram favorecer o vínculo e a ligação, é preciso destacar que os próprios gestores se encontram imersos ou transitando entre um imaginário dominante de impotência e descrença e um imaginário da mudança, que favoreça uma nova forma de organização dos serviços e propicie maior responsabilidade institucional pelos seus resultados.

O imaginário de potência e excelência que cercam a Fiocruz e, por extensão, a Ensp, como centro de formação se reflete também no curso de especialização em Gestão Hospitalar: os alunos-gestores se veem inseridos nesse universo de potência e protagonismo no âmbito das propostas de Reforma Sanitária.

Somam-se ainda elementos do contexto contemporâneo que fortalecem a gestão propiciando-lhe um espaço ampliado para a busca de eficiência e para a cultura do alto desempenho, tanto nas organizações quanto na própria so-

---

[3] Imaginário social organizacional é compreendido por Enriquez (1994: 57) como "uma certa maneira de representar para nós aquilo que somos, o que queremos ser, o queremos fazer em que tipo de sociedade e organização desejamos intervir e existir". A força desse conceito, que se apoia na leitura de Cornelius Castoriadis sobre as significações imaginárias sociais, advém da compreensão de que há dois elementos indissociáveis na sua constituição: a *psiqué* – inconsciente (fantasia) – e a instituição social e histórica (Takeuti, 2002). O imaginário enganoso se estabelece "quando a sociedade se coloca como referência única, potência total visando preencher a totalidade do espaço psíquico dos indivíduos que se veem incapacitados de criar outras formas de viver a não ser aquelas impostas ou 'sugeridas' pelas instituições, ou seja, incapacitados de adotar posturas que promovam mudanças nos caminhos para si e para o outro" (Takeuti, 2002: 217).

[4] O imaginário motor oferece aos sujeitos e grupos a possibilidade de criar uma fantasmática comum, preservando a parte do sonho e a possibilidade de mudança. Representa a raiz das utopias, das práticas sociais inovadoras (Enriquez, 1997a).

ciedade (Gaulejac, 2007), fortalecendo a crença no potencial de impacto dos instrumentais teórico-metodológicos do campo do planejamento e da gestão. Tal campo, aliás, se constitui, por excelência, como exercício de uma racionalidade instrumental-teleológica, que pressupõe o controle e a possibilidade de intervenção, com êxito, na realidade social.

Assim, em torno do curso encontram-se muitas expectativas quanto ao aumento da capacidade de governo dos gestores. No entanto, esse imaginário encontra-se em confronto com a realidade dos hospitais públicos. O real do trabalho (Dejours, 2004) nos hospitais públicos do Rio de Janeiro surge então no LPG, contrastando com o ideal da gestão, o que provoca o aparecimento de conflitos e sofrimento. O LPG torna-se palco para a emergência dessas imagens polares – de potência e impotência – e para a elaboração dos limites e possibilidades de atuação dos gestores, propiciando aos seus membros, em nossa visão, transitar entre essas representações polares.

Trajetória Profissional, o Papel do Gestor e os Sentidos da Prática Gerencial

Muitos dos alunos-gestores revelaram, no relato de suas trajetórias profissionais e de como vieram a ocupar funções gerenciais nos hospitais, que o interesse pela área de gestão surgiu a partir das dificuldades vividas como profissionais da assistência. O desenvolvimento de uma "visão mais global sobre o hospital" também foi indicado por alguns como o fator de mobilização para o exercício de funções gerenciais.

Para muitos, a idealização da profissão na área assistencial (médicos, enfermeiros...) era algo presente desde a juventude – para alguns, associada à possibilidade de ascensão social, como o 'tornar-se' médico para "libertar a família humilde" – e se manifesta ainda na forma de "amor ao hospital e à profissão". Tal idealização se choca com a dureza da realidade precária dos hospitais e dos limites do exercício profissional, seja na assistência, seja na gestão, mas uma forma de manter os processos de idealização 'acesos' talvez esteja representada na declaração de alguns de que tentam compatibilizar o exercício da medicina e da gestão: "Fazer medicina na gestão".

De toda forma, independentemente dos diversos caminhos que os levaram à gestão hospitalar, a maior parte se declara, desde o início do LPG, desprepa-

rada: "Do nada você acaba sendo gestor, responsável pela unidade... A gente às vezes não sabe onde buscar respostas".

O debate sobre os limites e as possibilidades da função gerencial, a natureza do trabalho gerencial e os sentidos dessa prática foi central ao longo das sessões do LPG. Surgiram imagens da gestão associadas à capacidade de agir sobre o real, ao desenvolvimento da capacidade de ouvir, pactuar, favorecer a constituição de redes internas e externas aos hospitais.

Foram frequentes as representações sobre o trabalho gerencial como algo extremamente exigente, com uma carga maior do que poderiam suportar, implicando "viver ou morrer pelo hospital", surgindo um sentido heroico: "a cada porta que se abre se encontra um leão". Entre as metáforas do vínculo com a gestão e com o hospital está a de "vestir a camisa" em oposição à de "vestir a camisinha", expressando possibilidades distintas: respectivamente, grande investimento e identificação com o hospital e a gestão, e o trabalho como algo mais prazeroso, em que se investe com limite e proteção.

Por um lado, os sentimentos de ameaça surgem associados à alta rotatividade dos gestores e à descontinuidade dos projetos. Uma enfermeira conta que se recusou a se candidatar novamente à chefia de enfermagem e parece se agarrar à sua identidade de enfermeira diante das ameaças constantes de perder o seu cargo como gestora: "O meu trabalho como enfermeira ninguém tira de mim"; "Eu era feliz e não sabia na época da assistência". Por outro lado, a ameaça também está presente pelo risco de serem indiciados injustamente por má gestão de recursos públicos. Trata-se de um risco real, e exemplos não lhes faltam de gestores que, na tentativa de mover o hospital, fazê-lo funcionar com eficiência, acabaram por lançar mão de artifícios para contornar a rigidez da legislação relativa às compras e à contratação de pessoal.

Entre os grandes desafios identificados nos grupos está a luta contra a baixa responsabilidade entre os funcionários, contra a "cultura do não fazer"; nesse contexto, destaca-se o papel da gestão de cobrar, de impor limites e, portanto, de não atender a todas as demandas que se apresentam, de dizer 'não', especialmente diante de situações em que predominam interesses corporativos sobre o funcionamento do hospital. Surgem conflitos com amigos e colegas. Entre as apreensões dos gestores, está o risco de incorrer na omissão ou no autoritarismo como caminho extremo da prática gerencial, fruto das pressões que enfrentam: "É um trabalho de chamar um e outro para conversar".

Emergem também sentimentos de impotência e de ameaça advindos dos ataques de que são objeto e que produzem grande desgaste psíquico: "É difícil receber tanta hostilidade"; "Ser gestor é ser vitrine e receber pedradas". As corporações se tornam um obstáculo: "As corporações mandam no hospital e os diretores são rainhas da Inglaterra". Por vezes, surge o reconhecimento de que é muito difícil delegar, descentralizar e "passar a bola". Um dos fatores é a vaidade; outro, o desejo de controle, e ainda a falta de responsabilização: "As pessoas não querem [responsabilidades]. Só querem o filé!". Diante dessas questões, os dispositivos colegiados e outros mecanismos de gestão participativa têm se revelado como possível anteparo em face dos ataques e hostilidades a que os dirigentes estão expostos, bem como podem favorecer a descentralização e o aumento da corresponsabilização na gestão.

Quanto ao contexto institucional onde se inserem os hospitais, a principal questão apontada refere-se à centralização, especialmente no nível das secretarias de Saúde, impondo limites para a intervenção em nível local e baixa governabilidade. Uma das alunas, queixando-se da inexistência de um orçamento próprio e da falta de materiais básicos, como gaze e esparadrapo, em seu hospital, observa: "Somos meninos de recado". Falam do "engessamento" e dos problemas de organização da rede de saúde: "O sistema mata todo dia". Emergem algumas falas que expressam seus temores e preocupações éticas relacionados a "fazer parte de uma máquina matadora". A epidemia de dengue e o caos que se instalou nos hospitais foi tema muito presente no LPG, nos três grupos, mostrando-se como uma metáfora do descontrole e da ameaça vivida pelos gestores. Os gestores se mostram comovidos e revoltados: "perder um paciente por causa de um mosquito" soa como algo surreal, paradoxal, como uma ferida narcísica.

A construção de sentido para a prática gerencial envolveu tanto a possibilidade de intervenção na realidade quanto a mobilidade do grupo entre as representações do trabalho como "espeto e calvário" e como "realização". No LPG, foram tratados tanto os resultados positivos do trabalho desenvolvidos pelos gestores quanto o desgoverno e as dificuldades em exercer, como denominou Onocko Campos (2003), uma função castradora – estabelecimento de regras, regulação do trabalho e implementação de processos que aumentem a responsabilidade dos profissionais com seu trabalho.

Uma questão já tratada aqui e que circulou entre as sessões foi a implicação desses gestores com o trabalho e o vínculo que os prende ao exercício da função

gerencial, apesar de tanta adversidade. As vivências de solidão no trabalho gerencial também emergiram, em alguns casos associadas ao sentimento de que estavam sozinhos na crença, na utopia, ao passo que colegas e até mesmo os filhos já não sustentavam sonhos, ilusões com relação ao trabalho. Destaca-se o sentimento de impotência diante de subordinados que não conseguem mais mobilizar. Para o trabalho com essas vivências e dificuldades dos gestores procuramos enfatizar a possibilidade de que, em um contexto adverso a grandes mudanças e de baixa governabilidade, pequenos projetos, com objetivos mais delimitados e focados em alguns problemas da realidade hospitalar, pudessem vir a ser objeto de investimento subjetivo dos gestores e trabalhadores, gerando mobilização e compromisso com a vida organizacional. Em paralelo ao alcance de objetivos mais operacionais de um projeto, procuramos destacar que seu desenvolvimento demanda o exercício da função de liderança e propicia a circulação da palavra como elemento agregador.

Os Desafios da Gestão da Atenção à Saúde

Em vários momentos do LPG e, nos vários grupos, aparecem vivências intensas relacionadas à gestão e à produção do cuidado nos hospitais. Certamente alguns casos trazidos por nós e, mesmo o filme, favoreceram a circulação dessa temática. Mas a própria inserção dos gestores, muitos deles responsáveis por setores/serviços assistenciais, amplificam tais questões.

Uma importante questão tratada relaciona-se à cegueira dos profissionais diante das situações de maus-tratos/descuidos corriqueiras nos hospitais. Reconhecem a importância de tratar/olhar para a situação de descuido e não negá-la – "Hoje estou mais predisposto a ver" –, mas reconhecem também que existe uma cegueira. Refletem sobre a limitada capacidade para intervir diretamente na produção do cuidado. Certamente essa limitação advém, em parte, da própria posição de gestor, pelo afastamento do 'entre-dois' do trabalho assistencial.

O contato cotidiano com a miséria da população, com seu sofrimento social e com o sofrimento do processo de adoecimento tem por vezes dificultado processos identificatórios entre profissionais e pacientes, gerando problemas de qualidade na produção do cuidado. Surgem falas sobre o descuido nos hospitais, enunciado como "degradação": "o paciente por vezes é visto como um molambo".

Os relatos pessoais de dor e adoecimento próprio ou de familiares foram contundentes nos grupos. Um dos gestores conta que quando era gerente da Emergência esteve envolvido em três episódios de fibrilação cardíaca e acabou por ter que voltar para a rotina das enfermarias.

A grave epidemia de dengue que acometia o Rio de Janeiro naquele ano levou ao LPG intensas manifestações de sofrimento/angústia diante dos dilemas resultantes da insuficiência da rede de serviços públicos para dar conta da enormidade de casos, muitos sob a forma grave da dengue hemorrágica, e, simultaneamente, para garantir a assistência aos demais problemas de saúde da população. Como gestores, viam-se na obrigação de disponibilizar leitos para o atendimento aos casos de dengue, conscientes das deficiências para o atendimento aos demais pacientes. "A Emergência continua sendo pressionada! Não pode ser referência para a dengue!" Uma das alunas participantes, diretora médica de um importante hospital público do Rio de Janeiro, resume a situação com a seguinte metáfora: "O paradoxo da dengue: o mosquito picou, o sangue vira azul!", referindo-se às facilidades de internação desses casos *vis-à-vis* os gargalos existentes para internações, especialmente em UTIs, no Rio de Janeiro.

Outro elemento importante nos relatos foi a baixa governabilidade, o descontrole que predomina nas situações assistenciais, intensificando a vivência de risco. Relatos de erros/falhas, como a troca de sangue ou medicamentos em pacientes internados – "às vezes as situações fogem ao controle..." –, foram muito frequentes.

A desesperança com a precariedade das condições de assistência também se manifestou: "Pela minha experiência, a coisa sempre pode piorar um pouquinho"; "Tanto faz morrer de dengue ou de diarreia. Todas são mortes evitáveis". Outro ponto também tratado foi a resignação da população e dos profissionais (apatia): "Muitas vezes a gente reproduz o que a gente condena".

Em contrapartida, também conseguiam enxergar alguns ganhos/aprendizagem para a rede a partir da epidemia de dengue: relatos de mobilizações da sociedade/de profissionais surgiram, indicando que apesar do drama representado pela epidemia o grupo começou a identificar saídas. Tendo trabalhado intensamente sobre essa problemática em uma sessão, foram capazes de indicar algumas possibilidades para a organização da assistência, a despeito de tanta adversidade.

As Intervenções no Laboratório e a Dinâmica Grupal

Um papel fundamental e diferenciado do LPG como dispositivo de formação constituiu-se em torno do favorecimento do acesso à subjetividade e à expressão dos afetos como um caminho para o desenvolvimento dos sujeitos na função de gestão. A escuta dos sujeitos e do sofrimento, o acolhimento dos sentimentos de frustração e as interrogações sobre o sentido e o vínculo com o trabalho gerencial e ainda o contato com sentimentos de impotência podem favorecer a capacidade dos gestores para lidar com os conflitos próprios ao trabalho gerencial no contexto atual dos hospitais públicos do Rio de Janeiro. Nosso trabalho seria o de apoiar o grupo e seus componentes no reconhecimento da complexidade dos processos organizacionais e auxiliá-los na aceitação da falta – os limites de todas as ordens, a insuficiência, a precariedade, enfim, o contexto de restrições à potência de suas ações. Esse trabalho tornou-se possível pela nossa disponibilidade, como coordenadores, de nos deixarmos permear pelas vivências e afetos trazidos pelos membros do grupo, buscando ao mesmo tempo o que Amado (2005: 283) definiria como "uma implicação bem temperada", em que se encontrariam misturados a vida, o nosso conhecimento, o nosso próprio desejo e o posicionamento ético. Talvez esse trabalho permita a construção de uma visão mais madura e modesta da gestão.

A implicação dos coordenadores, ao mesmo tempo conduzindo o LPG e desenvolvendo atividades como professores do curso, propicia o trânsito entre intervenções sobre a dimensão imaginária, os afetos, o processo grupal (processos primários), a articulação entre processos sociais e psíquicos e também sobre questões gerenciais/organizacionais (processos secundários). Interrogamo-nos sobre o quanto essa dupla inserção no curso pode, por vezes, dificultar o exercício da função de apoiadores, mediadores nos grupos. Procuramos transpor para o LPG a compreensão de Enriquez (1997a) sobre o papel do consultor como aquele que deve intervir tanto como analista quanto como *expert*.

Do mesmo modo, procuramos trabalhar na ressignificação do lugar dos ideais, dos 'sonhos', no contexto atual tão desfavorável da sociedade e particularmente dos hospitais. Nessa perspectiva, valorizamos o foco nos pequenos projetos, nas ações cotidianas.

No que se refere à dinâmica grupal, estiveram presentes na experiência do LPG manifestações de vínculo, solidariedade e apoio mútuo entre os membros dos grupos. Próximo ao momento de completarem um ano de

curso, por exemplo, os alunos se manifestaram entusiasticamente sobre o nascimento do bebê de uma colega como o "bebê do curso, da turma". Em contrapartida, o afastamento de dois colegas ao longo do curso foi objeto de debate e elaboração nos grupos, tendo sido vivenciados cada um deles como uma perda e, ao mesmo tempo, como um reflexo do contexto adverso vivido nos hospitais. Sobre essa situação, interroga- se uma aluna: "Até quando vamos aguentar?". Outra aluna, atribuindo a saída dos colegas às pressões vividas em seus hospitais, compara o contexto ao de uma "guerra" e observa: "O ruim é que na guerra alguns tombaram antes". Ao final de uma sessão, uma das alunas lamenta a saída dos dois colegas de curso e se propõe a ligar para um deles, incentivando-o a voltar. Percebem que podem se apoiar mutuamente.

Os relatos de adoecimento, como também aqueles relativos às dificuldades de ir para casa e se afastar do hospital e de seus problemas, são exemplos de situações nas quais os grupos se uniam e procuravam se mostrar afetuosamente como fonte de apoio e, em alguns momentos, apresentar caminhos para o sujeito que protagonizava o sofrimento.

Uma questão fundamental quanto aos limites e possibilidades do LPG como dispositivo grupal envolve a problemática da demanda de intervenção. Como dispositivo inserido entre as atividades do curso de especialização em Gestão Hospitalar, ele implica formalmente uma obrigatoriedade de participação.

A compreensão de Le Ven (2008: 140) da demanda como "desejo e processo" nos levou à formulação da hipótese de que o processo grupal intenso e vivo no LPG pode ter significado um movimento de expressão do desejo de partilhar emoções, de se confrontar com o que o mesmo autor vê como questionamentos e incompreensões sobre a vida. Por esse caminho, talvez possamos compreender o LPG como uma oferta/oferecimento que pode ou não vir ao encontro do desejo dos participantes.

As Imagens/Representações/Avaliações do Laboratório

Ao longo do LPG, tivemos momentos de balanço da experiência. Embora um aluno tenha manifestado insatisfação quanto à natureza da atividade do LPG, as representações e imagens que emergiram foram expressivas do reconhecimento de seu papel na formação, particularmente pela oportunidade oferecida de partilhar vivências e estreitar vínculos, de estabelecer relações de

confiança: "É fantástico ver os gestores falarem de si como pessoas no papel de gestor e o gestor se perceber parte do sistema"; "Fazer falar das vivências... deixando o lado emocional aparecer".

Outras falas referem-se às possibilidades de troca e de identificação entre membros do grupo: "Estávamos nos vendo uns nos outros"; "Um espaço para ser ouvido e também exercitar a capacidade de ouvir"; "Ver que você está às vezes no caminho certo, mas nem sempre... que não é o dono da verdade".

Certamente o *setting* do LPG gerou, no início da experiência, certa estranheza e receios quanto à afetividade que poderia emergir. Do mesmo modo, alunos-gestores manifestaram curiosidade com relação às anotações feitas pelo coordenador do grupo e fantasias sobre estarem sendo observados. Expressou-se, assim, certa ambivalência afetiva com relação ao LPG e às possibilidades de contato com as insuficiências do curso e dos alunos: "Comecei minha participação com certa incerteza do seu significado prático, porém com o passar do tempo comecei a não só identificar o valor do processo do ponto de vista pedagógico, mas acabei me tornando seu fã"; "Passei por todas as fases, até querer sair do curso... hoje eu estou numa fase boa... ver que tem soluções simples que têm impacto..."; "Humildade para ver que não temos soluções para tudo".

O *setting* do LPG parece favorecer os laços solidariedade e confiança, conformando-se como um dispositivo capaz de exercer uma função de apoio e de amparo: "As quartas-feiras [dia do LPG] são o momento de sair da pressão, da panela... [referindo-se ao hospital]".

Possibilidades de um Dispositivo Grupal de Formação em Gestão Hospitalar

Com base na leitura psicossociológica, compreendemos o LPG como um espaço para se elaborar a questão do sentido e da crise de sentido na experiência de trabalho nos hospitais públicos do Rio de Janeiro. Na perspectiva de Kaës (2003), o LPG, como dispositivo coletivo, pode se mostrar propício à construção subjetiva, particularmente ao exercício, pelo grupo, de determinadas funções psíquicas, funcionando como um espaço para a realização da função intermediária, um espaço transicional, favorável à ligação entre os membros do grupo.

Algumas condições tornaram possível essa experiência. Uma delas diz respeito ao próprio processo grupal de escuta e troca de vivências de sofrimento, no qual a explicitação do real e o compartilhamento da inteligência prática dos gestores contribuíram para uma maior potência de tolerância com o sofrimento no trabalho e, consequentemente, para seu encaminhamento ou transformação.

A segunda condição para o potencial do LPG é a centralidade dos processos identificatórios neste tipo de experiência, apoiada em um dispositivo de 'circulação horizontal' entre os membros do grupo. Sob tais condições, consideramos que o LPG pôde cumprir um papel de apoio e amparo, tornando-se, para os alunos gestores, uma experiência subjetiva e intersubjetiva de tolerância e confiança inserida no espaço da formação gerencial.

Em nossa abordagem, a formação deve ser compreendida como uma possibilidade sempre em aberto, dependente do que o grupo e cada um dos seus componentes puderem obter como ganhos em termos de sua capacidade de amadurecer e reconhecer os limites de se governar processos sociais e organizacionais altamente complexos.

Com Freud (1976), Enriquez (2001) e Birman (1997), entendemos que os ofícios de educar, psicanalisar e governar são "impossíveis"; neles, não se pode estar certo de êxito, pois implicam compatibilizar minimamente, isto é, inserir em um projeto comum, em uma ordem simbólica, exigências desejantes de uma multiplicidade de sujeitos diferentes. São profissões que, para serem exercidas, demandam, mais do que qualquer técnica, recursos internos dos sujeitos envolvidos. Os profissionais desses três ofícios contam, na verdade, com eles mesmos, com suas paixões, seus valores e seus inconscientes. No entanto, a despeito dos imensos desafios, apostamos, com Le Ven (2008: 171), que sempre há margens para um "possível-impossível". É nessa dobra que buscamos construir a experiência do Laboratório de Práticas Gerenciais.

Referências

AMADO, G. Implicação. *In*: BARRUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E. & LÉVY, A. (Orgs.). *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

ANDRADE, C. D. O elefante. *In*: ANDRADE, C. D. *Antologia Poética*. 5. ed. aum. Rio de Janeiro: Sabiá, 1962.

AQUINO, E. M. M. L. L. *Socorro: quem precisa disso? Um estudo sobre usuários de serviços de emergência no município do Rio de Janeiro*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

AZEVEDO, C. S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1): 977-986, 2010.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.410-2.420, 2007.

BARROS, M. O menino que carregava água na peneira. *In*: BARROS, M. *Exercícios de Ser Criança*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1999.

BARUS-MICHEL, J. *Sujeito Social*. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2004.

BIRMAN, J. *Estilo e Modernidade em Psicanálise*. São Paulo: Editora 34, 1997.

BIRMAN, J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação, 2003. Disponível em: <www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf>. Acesso em: 1 set. 2003.

BENEVIDES, R. B. Grupo: a estratégia na formação. *In*: ATHAYDE, M. *et al*. (Orgs.). *Trabalhar na Escola? Só inventando o prazer.* Rio de Janeiro: Edições Ipub, Cuca, 2001.

CARRETEIRO, T. C. *Exclusion Sociale et Construction de l'Identité*. Paris: L'Harmattan, 1993.

CARRETEIRO, T. C. A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. *In*: BADER, S. (Org.). *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.* Petrópolis: Vozes, 2001.

CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14(3): 57-72. 2003.

CARVALHO, J. S. F. Sobre o conceito de formação: diferenças entre o que aprendemos e o que nos afeta como seres humanos. *Revista Educação*, 137.

CECCIM, R. B. Onde se lê 'recursos humanos da saúde', leia-se 'coletivos organizados de produção': desafios para a educação. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj, Abrasco, 2005.

CUNHA, G. T. & DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paideia. *In*: CAMPOS, G. W. S. & GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de Práticas de Atenção Básica Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008.

DEJOURS C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas, 1999.

DEJOURS, C. Parte I: Trajetória Teórico-Conceitual; Parte II: A Clínica do Trabalho; Parte III: Perspectivas. *In*: LANCMANN, S. & SZNELWAR, L. I. (Orgs.). *Cristophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2004.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. *In*: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C. & FACAS, E. P. (Orgs.). *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília: Paralelo 15, 2007.

DIAS, E. O. *A Teoria do Amadurecimento em D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. *In*: LÉVY, A. *et al*. (Orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997a.

ENRIQUEZ, E. *Les Jeux du Pouvoir et du Désir dans l'Entreprise*. Paris: Desclée Brouwer, 1997b.

ENRIQUEZ, E. A arte de governar. *In*: ARAÚJO, J. N.; SOUKI, L. G. & FARIA, C. A. P. (Orgs.). *Figura Paterna e Ordem Social: tutela, autoridade e legitimidade nas sociedades contemporâneas*. Belo Horizonte: Autêntica, PUC-Minas, 2001.

FREUD, S. *Análise Terminável e Interminável* [1937]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXIII. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud)

FURLAN, P. G. & AMARAL, M. A. O método de apoio institucional Paideia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde: metodologia e resultados do curso de especialização em gestão de sistemas serviços de saúde com ênfase na atenção básica. *In*: CAMPOS, G. W. S. & GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de Práticas de Atenção Básica Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008.

GAULEJAC, V. *Gestão como Doença Social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida, Ideias & Letras, 2007.

GIUST-DESPRAIRIES, F. O acesso à subjetividade, uma necessidade social. *In*: ARAÚJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo, Belo Horizonte: Escuta, Fumec, 2001.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj, Abrasco, 2007.

HECKERT, A. L. C. & NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. & BARROS DE BARROS, M. E. (Orgs.). *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj, Abrasco, 2007.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. *In*: KAËS, R. *et al.* (Orgs.). *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

KAËS, R. Las condiciones de posibilidad del proceso asociativo en los grupos. *In*: KAËS, R. (Org.). *La Invención Psicoanalítica del Grupo*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 1994.

KAËS R. O *Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KAËS, R. (Org.). O intermediário na abordagem psicanalítica da cultura. *Psicologia USP*, 14(3): 15-34, 2003.

KAËS, R. *Os Espaços Psíquicos Comuns e Partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KEHL, M. R. Existe a função fraterna? *In*: KEHL, M. R. (Org.). *Função Fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

LE VEN, M. M. *Afeto e Política: metodologia qualitativa – história oral de vida e sociologia clínica*. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da UFMG, Linha Ed. Tela e Texto, 2008.

LÉVY, A. A mudança: esse obscuro objeto do desejo. *In*: MATA MACHADO, M. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994a.

LÉVY, A. A intervenção como processo. *In*: MATA MACHADO, M. *et al.* (Orgs.). *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994b.

LÉVY, A. *As Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. Belo Horizonte: Autêntica, Editora Fumec, 2001.

MERHY, E. E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj, Abrasco, 2005.

MENDES, A. M. & ARAÚJO, L. K. Ressignificação do sofrimento no trabalho de controle de tráfego aéreo. *In*: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C. & FACAS, E. P. (Orgs.). *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília: Paralelo 15, 2007.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. *In*: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 573-583, 2005.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. S. Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*, 36(1): 507-527, 2002.

SILVA, R. M. *As Mortes Silenciosas: caso pedagógico*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1999. (Material didático do curso a distância de Aperfeiçoamento em Vigilância Sanitária)

TAKEUTI, N. M. *No Outro Lado do Espelho: a fratura social e as pulsões juvenis*. Rio de Janeiro, Natal: Relume Dumará, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2002.

VENTURA, Z. O mosquito da resignação. *O Globo*, Rio de Janeiro, 5 abr. 2008.

WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Anexo – Quadro descritivo das sessões do Laboratório de Práticas Gerenciais

Temas	Dinâmicas das Sessões do Laboratório
1 - Trajetória profissional	Roteiro com questões abertas. Relatos de histórias profissionais e sobre o processo que levou os profissionais a assumirem funções gerenciais.
2 - Continuação	
3 - Caso sobre mudança organizacional (fragmentos de Giust-Desprairies, 2001)	Concomitante com discussão sobre processos de mudança organizacional no curso.
4 - Caso "Dona Joana", sobre cuidado/ descuido no atendimento em um serviço de emergência (Sá, 2005)	Início da unidade do curso voltada para a Gestão da Atenção.
5 - Sessão livre	
6 - Sessão livre	
7 - Filme *The Doctor*, traduzido no Brasil como *Um Golpe do Destino*. EUA, 1991 Direção: Handa Hames Sinopse: Jack McKee (William Hurt) é um médico completo: bem-sucedido, rico e sem problemas na vida. Até receber o diagnóstico de que está com câncer de garganta. Agora ele passa ver a medicina, os hospitais e os médicos na perspectiva do paciente	Problemática dos processos identificatórios e da produção do cuidado.
8 - Fragmentos do texto de Rosana Onocko Campos "A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas"	
9 - Balanço das temáticas frequentes no Laboratório	Levantamento feito pela coordenação e apresentado por escrito, em forma de tópicos.

Anexo – Quadro descritivo das sessões do Laboratório de Práticas Gerenciais (cont.)

Temas	Dinâmicas das Sessões do Laboratório
10 - Sessão livre	
11 - Sessão livre	
12 - Caso Caruaru/Pernambuco (Silva, 1999). Caso das mortes de pacientes nefropatas, dependentes de hemodiálise, por contaminação da água	Concomitante com a unidade de Planejamento do curso.
13 - Poema "O Elefante", de Carlos Drummond de Andrade, e a história infantil "O menino que carregava água na peneira", de Manuel de Barros	
14 - Crônica "O mosquito da resignação", de Zuenir Ventura, sobre a epidemia de dengue	
15 - Sessão livre	
16 - Sessão livre	
17 - Sessão final de balanço / encerramento da atividade	

13
Avaliação Psicossociológica de uma Estratégia de Humanização do Tratamento do Câncer Infantojuvenil: o Aquário Carioca

Creuza da Silva Azevedo
Marilene de Castilho Sá

Apresentamos aqui os resultados de uma pesquisa avaliativa feita a partir de uma demanda do Instituto Desiderata,[1] que investiu, em 2007, no desenvolvimento do projeto Aquário Carioca, voltado para a humanização das salas de quimioterapia de dois hospitais públicos do Rio de Janeiro – um ligado ao Ministério da Saúde e outro universitário. Tal projeto teve por objetivo contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de humanização do tratamento do câncer infantojuvenil e consistiu no investimento em um plano de ambientação física, equipamentos, acervo de brinquedos e livros com vistas à transformação da área de atendimento quiomioterápico em um espaço acolhedor, pintado e decorado com motivos marinhos, como um aquário.

Após cerca de um ano de implementação, o Instituto Desiderata procurou avaliar o impacto do projeto Aquário Carioca na humanização da assistência às crianças com câncer, considerando o potencial de mudança que a reestruturação física pode ter sobre a dinâmica do trabalho, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os pacientes. Trataremos aqui de apenas uma das experiências – aquela que se realizou em um hospital universitário.

[1] O Instituto Desiderata é uma organização não governamental sediada no Rio de Janeiro, que tem por missão o pleno desenvolvimento de crianças e jovens, em especial a melhoria das condições de tratamento e cura do câncer infantojuvenil.

Por parte do Ministério da Saúde (Brasil. MS, 2004), a questão da humanização da assistência à saúde tem recebido, na última década, atenção crescente, destacando-se a iniciativa de criação, em 2001, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)[2] e a atual Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe que a humanização seja tratada não mais como um programa, mas como uma política que opere transversalmente em todo o Sistema Único de Saúde (SUS), o que implica traduzir os princípios deste em modos de funcionamento dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, construindo trocas solidárias (Deslandes, 2004).

É inegável o avanço conceitual que a atual política de humanização do Ministério da Saúde representa, comparativamente a outras iniciativas, por procurar romper com a concepção de programa isolado, a partir de uma tentativa de dar capilaridade a seus princípios nas diversas ações do SUS e em suas instâncias de gestão. O eixo norteador das ações também parece ter sofrido um deslocamento vantajoso, da humanização vista como 'ampliação do processo comunicacional' – diretriz central da proposta contida no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, de 2000 (Deslandes, 2004) – para a humanização vista como 'produção de sujeitos autônomos', capazes de estabelecer vínculos solidários e corresponsabilidade na produção de ações de saúde e em sua gestão.

É preciso também, no entanto, reconhecer a complexidade das questões relacionadas à 'humanização' dos serviços de saúde e os muitos desafios que ainda se colocam para a formulação de propostas de intervenção efetivas.

Um elemento central para compreendermos os limites e possibilidades das estratégias de humanização da atenção em saúde diz respeito à própria natureza do trabalho em saúde. Trata-se de um trabalho essencialmente intersubjetivo, uma intervenção de um sujeito sobre outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte. Pela centralidade de sua dimensão relacional e intersubjetiva, o trabalho em saúde é altamente exigente de trabalho psíquico (Sá, 2005), entendido aqui como a produção de processos e formações inconscientes (Kaës, 1997), como as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações e as estratégias de defesa contra o sofrimento no trabalho, podendo ter efeitos negativos sobre a qualidade do cuidado.

[2] Disponível em: <www.humaniza.org.br>.

Desse modo, o estudo por nós realizado parte do reconhecimento dos inúmeros desafios que se apresentam para a implementação da Política de Humanização, particularmente os derivados da dimensão intersubjetiva do processo de trabalho em saúde e dos limites das ferramentas gerenciais para promover práticas cuidadoras e qualificar a relação profissional-paciente/familiares.

Considerando particularmente o trabalho no campo da oncologia, é preciso destacar os desafios advindos da convivência com pacientes graves, da perspectiva da morte e da perda dos pacientes e aqueles advindos de sentimentos penosos, de impotência, desencadeados por tais vivências. O adoecimento e a morte de jovens e crianças são de mais difícil elaboração. Nesses casos, o contato com os familiares, o esclarecimento de dúvidas e as conversas sobre a probabilidade da morte produzem muitos sofrimentos (Loureiro dos Santos, 2001; Sá, 2005; Rosa, 2001).

Em um cenário de adoecimento como o de câncer na infância, as condições do ambiente hospitalar em que se dá o tratamento e a possibilidade de brincar podem vir a operar como mediadores privilegiados no processo de elaboração, pelas crianças e familiares, da experiência da doença e também na constituição do vínculo com os profissionais (Moreira & Mitre, 2006, 2007). Nesta perspectiva, espaço não se reduziria à sua dimensão física e material, mas seria o lócus para o investimento afetivo no trabalho e no tratamento, funcionando como referência e podendo permitir a tranquilização, o relaxamento.

Para que o espaço hospitalar possa exercer essas funções, é imprescindível que os profissionais, a partir de uma compreensão da relação terapêutica, valorizem a autonomia dos sujeitos e, particularmente no caso das crianças, o significado do brincar como experiência transicional entre a vida fora e dentro do hospital, entre saúde e doença, presente e futuro etc.

Aos desafios considerados anteriormente somam-se outros elementos advindos do contexto em que se inserem os serviços públicos de saúde no Brasil. A dinâmica da sociedade contemporânea, e particularmente da brasileira, tem sido marcada pela intensificação dos processos de exclusão social, intolerância, individualismo, fragilidade dos laços sociais e das redes de solidariedade e exacerbação da violência em geral. Costa (2000) destaca o alheamento com relação ao outro como um padrão de sociabilidade típico de nossas elites. Há, portanto, uma trivialização da injustiça social e do sofrimento, como indicou

Dejours (1999). Esse quadro é claramente desfavorável à construção de práticas solidárias e ao cuidado com o outro.

A esse contexto maior somam-se as dificuldades específicas dos serviços públicos de saúde, particularmente dos hospitais, que são atravessados por crises de natureza política, gerencial e assistencial, marcadas pela baixa governabilidade e pela insuficiência de recursos (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007; Azevedo, 2005; Sá, 2005). Em nossa compreensão as organizações públicas de saúde estão vivendo um contexto de reconhecimento negativo – de desvalorização do serviço público e de seus funcionários, e de precarização das condições de trabalho, da remuneração e dos vínculos. O contato cotidiano com a miséria da população, com seu sofrimento social (Carreteiro, 2003) e com o que de irrepresentável se apresenta é mais um elemento que dificulta o vínculo dos profissionais com a organização e com a população que busca atendimento (Azevedo, 2005; Onocko Campos, 2005).

Sem a consideração desse conjunto de questões teórico-conceituais, as propostas de 'humanização' dos serviços de saúde correm o risco de sofrer importantes limitações em sua 'operacionalização'. Considerando-se os vários projetos e experiências de humanização que temos observado (Sá, 2005), as ações ou estratégias de humanização podem ser agrupadas em torno do que poderíamos chamar 'dimensões essenciais de uma assistência humanizada', como:

- as condições ambientais/físicas e materiais/tecnológicas para a prestação da assistência e realização do trabalho em saúde;
- as características ou o modo de organização do processo de trabalho e das rotinas/práticas em geral e seus mecanismos de controle/ gerenciamento (incluindo de sistemas de informação/agendamento, por exemplo);
- as características dos modelos e macroprocessos de gestão das organizações de saúde (contemplando, especialmente, o grau de democratização dos mecanismos e dos processos decisórios, incluindo a questão da participação da população);
- as características e a qualidade das interações entre profissionais e usuários, e entre os próprios profissionais, na produção das ações de saúde.

Essas dimensões, que aqui estão ordenadas em graus decrescentes de 'materialidade' ou 'concretude', por assim dizer, representam, na mesma ordem,

graus crescentes de complexidade para uma definição mais operacional dos aspectos ou elementos que as compõem, para a elaboração de propostas de intervenção e para sua avaliação.

Metodologia

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa avaliativa, de natureza qualitativa, de duas experiências de humanização da assistência em oncologia pediátrica. Teve como foco os processos de trabalho e a assistência prestada nas salas de quimioterapia pediátrica, mas estendeu o olhar investigativo a outros setores dos hospitais envolvidos no cuidado e apoio diagnóstico e terapêutico às crianças com câncer.

No âmbito da pesquisa qualitativa, embora existam variadas estratégias metodológicas, todas se apoiam no pressuposto de que há uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos atores (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007), de modo que os fenômenos analisados emergem atravessados pelas múltiplas formas pelas quais os sujeitos dão sentido às suas experiências.

Em uma investigação avaliativa por método qualitativo, trabalha-se então com atitudes, crenças e representações, procurando-se entender como as pessoas conferem sentido a suas experiências e ao mundo social em que se inserem. A partir do enfoque teórico-metodológico que temos adotado (Sá, 2009; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007; Azevedo, 2005; Sá, 2005) e que tem a psicossociologia francesa como uma das bases, ganha destaque, ao lado do conceito de imaginário (Enriquez, 1997), o de representações psíquicas, como formação resultante do trabalho da intersubjetividade (Käes, 1997), que têm por base os afetos inconscientes – e as pulsões a eles relacionados – e estruturam a vida psíquica do sujeito em sua relação com o outro.

A psicossociologia francesa concebe as organizações como sistemas dinâmicos, complexos e multifacetados, enfatizando a dinâmica intersubjetiva presente nas práticas organizacionais (Enriquez, 1997). Em sua vertente clínica, de base psicanalítica, a referida abordagem tem como centro de análise e de intervenção os processos de produção de sentido e o sofrimento experimentado pelos sujeitos nas suas experiências de trabalho. Parte do princípio que de que as imagens e as representações emergentes em uma organização mostram os sentidos que fecundam e integram visceralmente a própria realidade (Lévy, 2001).

A psicodinâmica do trabalho é também uma referência teórico-conceitual importante. A análise da relação entre prazer e sofrimento no trabalho e das estratégias de defesa dos trabalhadores contra o sofrimento no trabalho (Dejours, 1999) revela importantes condicionantes das possibilidades e também dos limites do cuidado.

O trabalho em saúde apresenta muitas fontes de sofrimento (Silva, 1994; Pitta, 1999). Esse sofrimento é vivenciado e se manifesta de diferentes modos, no conjunto de trabalhadores, incluindo tanto quadros já conformados, como o das 'doenças profissionais', quanto formas difusas de mal-estar e de expressão de uma demanda significativa por reconhecimento, escuta e cuidado.

São várias as defesas individuais e coletivas buscadas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento (Sá, 2005), a exemplo das brincadeiras, da negação da situação adversa, da apatia ou indiferença, de certos modos ou rotinas de organização do trabalho, geralmente sob a forma dos jeitinhos, das 'transgressões' ou dos 'quebra-galhos', do zelo (Dejours, 1999) ou mesmo da idealização do trabalho.

As estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento no trabalho têm um papel paradoxal (Dejours, 1999). Expressam o compromisso, a mobilização subjetiva do trabalhador e sua contribuição, a partir do cotidiano, em termos de interpretações e ajustes na organização e gestão do trabalho, favorecendo a cooperação. Estas não apenas têm um impacto no funcionamento psíquico singular, evitando que os trabalhadores enlouqueçam a despeito das pressões que enfrentam no trabalho; desempenham, além disso, um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão. (Dejours, 2004). Essas defesas também "podem funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético [experimentado pelo sujeito por infligir a outrem um sofrimento por causa de seu trabalho] e não mais apenas psíquico" (Dejours, 1999: 36).

Os processos anteriormente apontados condicionam as possibilidades, os limites da humanização e a qualidade do cuidado nos serviços de saúde. Nesses serviços, como observa Bueno,

> espera-se que o usuário seja acolhido desde sua entrada no serviço até sua alta. Como visto, o acolhimento expressa a capacidade de escuta e negociação das necessidades demandadas, representadas por sofri-

> mentos físicos e/ou os psíquicos, no qual nos comprometemos com o oferecimento de respostas adequadas a cada caso em particular, nos responsabilizando pelo cuidado do outro e responsabilizando o outro pelo seu próprio cuidado. Logo, essa responsabilização, já implícita nas ações de acolhimento, é dependente, em certa medida, do grau de comprometimento do trabalhador de saúde para com a qualidade do cuidado que se propõe a produzir. (Bueno, 2008: 45)

Assim, para fins do presente estudo o acolhimento será entendido como:

> uma conduta a permear todos os processos de trabalho em saúde, modificando-os e reorganizando-os desde a recepção de um caso novo até a alta, operando nos princípios da ética e da solidariedade, através da disponibilidade dos profissionais em receber, escutar, dialogar, compreender necessidades, negociar intervenções e coconstruir alternativas que deem conta de abarcar pelo menos os principais problemas apresentados, considerando os múltiplos fatores que os originam, bem como suas representações singulares. (Bueno, 2008: 46-47)

As possibilidades de acolhimento são demarcadas pelos vínculos, afetivos e imaginários, que se estabelecem entre os indivíduos, grupos e entre estes e as organizações (Enriquez, 1997).

Segundo Campos (2003), a construção de vínculo é um recurso terapêutico. Não se trata de uma preocupação tão somente humanizadora, mas da construção de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde, que garanta a qualidade da clínica. O autor reconhece os desafios envolvidos na construção do vínculo entre profissionais, equipes de saúde, de um lado, e pacientes, familiares e comunidades, de outro. Trata-se de um movimento de mão dupla e pressupõe a capacidade de responsabilização pelo outro, por sua vez condicionada, positiva ou negativamente, pelos afetos e sentimentos em geral que emergem dessas relações.

> Indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. (...) Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que os procuram (...) Esse processo não é simples, depende de disposição, mas também de conhecimentos sobre a inter-relação entre pessoas que necessitam de ajuda e a equipe com recursos para intervir. É importante discutir a dificuldade em responsabilizar-se pela saúde

> dos outros, bem como a de encarregar-se da construção de projetos terapêuticos e do acompanhamento sistemático de casos singulares. Encarregar-se do seguimento de pessoas concretas, com nome, sobrenome, não é tarefa simples. (Campos, 2033: 68,69)

Propusemo-nos a avaliar, com base nos referenciais teóricos adotados, o impacto do projeto do Aquário Carioca nos processos de trabalho, no acolhimento e no estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os pacientes no âmbito da oncologia pediátrica. Para tanto, procuramos descrever e analisar o modo de organização do espaço da sala de quimioterapia, as rotinas e os processos de trabalho ali desenvolvidos; avaliar a humanização do cuidado oferecido à criança na assistência oncológica, por meio da capacidade de acolhimento e vínculo, da qualidade das interações dos profissionais com os usuários, bem como de aspectos relacionados à organização e à qualidade dos processos de trabalho; investigar as imagens e representações produzidas pelos profissionais e familiares sobre o tratamento, confrontando a situação anterior e posterior com a da implementação do 'Aquário'; avaliar a articulação entre as rotinas e processos de trabalho no 'Aquário' e os demais setores dos hospitais relacionados à oncologia pediátrica.

São categorias de análise centrais na investigação:

- o imaginário dos profissionais sobre os pacientes e seus familiares, sobre o Aquário Carioca, sobre o hospital, sobre seu trabalho e a equipe;
- o imaginário dos familiares de pacientes sobre o Aquário Carioca, sobre o hospital, a equipe e o tratamento;
- o acolhimento nos processos de trabalho;
- o vínculo entre profissionais, e entre estes e os pacientes e familiares;
- o sofrimento e suas fontes na oncologia pediátrica.

A pesquisa se desenvolveu de agosto a dezembro de 2008 e compreendeu as seguintes estratégias metodológicas:

- Visitas para reconhecimento dos fluxos e processos de trabalho pertinentes à linha de cuidados oncológicos, abrangendo vários setores do hospital (três visitas).
- Realização de observações participantes dos processos de trabalho nas salas de quimioterapia/'Aquário' (sete turnos). Essas observações se concentraram nas atividades da sala de quimioterapia, na dinâmica do trabalho

presente, na interação dos profissionais com pacientes e familiares, como também nos procedimentos realizados pelas técnicas de enfermagem, pela enfermeira e também pelos médicos.

- Realização de entrevistas individuais com profissionais e familiares de pacientes. Foram realizadas 11 entrevistas, seis com médicos da hematologia, quatro com membros da equipe de enfermagem – enfermeira-chefe do 'Aquário' e três técnicas de enfermagem – e também com a assistente social. Além dos profissionais, foram também entrevistados sete familiares de pacientes do 'Aquário', incluindo aqueles que se submeteram à quimioterapia na sala anterior ao 'Aquário'.
- Atividades em grupo com profissionais (duas reuniões).

No início da pesquisa realizou-se a primeira reunião com a equipe da onco-hematologia para apresentação da proposta e da metodologia de trabalho. Ao final do trabalho de campo realizou-se a segunda reunião com o grupo de profissionais médicos e de enfermagem do 'Aquário', com o objetivo de aprofundar e coletivizar problemas e desafios ligados à gestão deste e ao trabalho da linha de cuidados onco-hematológicos identificados ao longo da pesquisa. Estiveram presentes seis profissionais médicos e seis de enfermagem.

O Espaço do 'Aquário' e a sua Equipe Profissional

A estrutura física da sala de quimioterapia – o 'Aquário' – do hospital estudado inclui uma sala de recepção/espera; uma sala/consultório contígua à recepção, onde são realizados pela enfermeira alguns procedimentos (coleta de sangue, manipulação de cateter – ativação, desativação) e consultas de enfermagem; a sala propriamente de quimioterapia, com cinco cadeiras reclináveis para infusão e cadeiras de braço para os acompanhantes, onde são feitas as punções venosas e infusões de quimioterapia, contando ainda com o posto de enfermagem. No mesmo ambiente, podendo ser separada por cortina, encontra-se uma área para repouso com uma cama e um berço. Por fim, encontra-se uma sala para a realização de procedimentos mais invasivos, com duas macas, onde são realizadas pelos médicos, por punção lombar, tanto as infusões de quimioterápicos quanto a coleta de material para realização de mielograma (exame para avaliação da medula óssea, com a finalidade de estudar as células germinativas sanguíneas). As condições de segurança e privacidade

da sala de procedimentos foram realçadas positivamente pelos profissionais e familiares entrevistados.

O ambiente dispõe de climatização e conta com três aparelhos de TV LCD, dois aparelhos DVD, um *videogame*, além de equipamentos biomédicos – bombas infusoras, oxímetro, monitor, carrinho de reanimação, desfibrilador –, segundo profissionais, em perfeito estado de conservação e funcionamento.

Deve ser ainda salientado o contraste entre a realidade do Aquário Carioca e a situação de precariedade de infraestrutura que caracterizava a sala de quimioterapia antes do desenvolvimento do projeto e ainda vigente nas demais áreas do hospital estudado. Ganham destaque a deterioração física do ambulatório, onde se realizam as consultas de onco-hematologia pediátrica, e as limitadas condições para a assistência.

Quanto à equipe profissional, na linha de cuidados hematológicos existe uma equipe de enfermagem do 'Aquário', uma equipe de enfermagem na Unidade de Pacientes Internados e uma equipe médica da Hematologia que desenvolve atividades no Ambulatório, no 'Aquário' e na Enfermaria.

A equipe da onco-hematologia pediátrica do hospital conta com sete médicos. A equipe de enfermagem do 'Aquário' é composta por uma enfermeira-chefe, que trabalha exclusivamente no 'Aquário', duas enfermeiras do ambulatório que respondem pelas atividades no 'Aquário' na parte da tarde e três técnicas de enfermagem que trabalham em esquema de plantão. A enfermeira diarista responde também, na prática, pelas atividades administrativas relativas ao suprimento e à estatística.

Imagens e Representações sobre o 'Aquário' e o Tratamento

A visão dos profissionais sobre o 'Aquário' é fortemente atravessada pelo contraste com a realidade anterior ao projeto de humanização da quimioterapia pediátrica. Surge, então, a polarização entre uma realidade considerada ideal e uma imagem do passado, marcada pela precariedade, sendo ressaltadas questões relacionadas às condições de segurança para procedimentos, ao espaço físico disponível, às condições para adesão ao tratamento:

> *Eu acho que a gente ganhou uma coisa fantástica, não é? Assim, muito além de qualquer expectativa... Olha, impossível comparar. Era uma coisa*

> *assim... Você tinha um espaço assim, trinta centímetros, quarenta centímetros, do término da cadeira até a parede. Então você está confinada ali.* (Profissional)

O 'Aquário', em oposição à sala de quimioterapia existente no passado, é visto como o lugar dos sonhos, como possibilidade de esquecer a dor e de minimizar o desconforto e a agressividade do tratamento, de proporcionar momentos de relaxamento e prazer. Foi realçado o papel do brincar, sua função de ilusão e a possibilidade de evasão temporária da dura realidade hospitalar e da doença:

> *O 'Aquário' pra mim virou um... um conto de fada. Quando eles entram, eles conseguem viver 50% num mundo de imaginação e aí 50% de realidade. Que é feia. A realidade é feia. Agora eles têm uma ajuda pra sonhar mais. (...) Hoje eles entram aqui, eles têm um apoio, uma visão. É o mar, é o peixe, é a música, é a televisão, é a dança, entendeu? Então o 'Aquário' é irreal dentro da realidade. Onde a criança é criança.* (Profissional)

Também ganham destaque as condições de segurança da sala de procedimentos e a ambiência como fonte de tranquilidade para o tratamento, expressando o potencial de mudanças que a reestruturação física propicia:

> *Um lugar muito legal, com os equipamentos que a gente realmente precisa. Tem carrinho de reanimação se alguma criança tiver uma parada cardíaca. Então, realmente assim dá uma segurança muito grande para a gente. E é muito bom não é? Porque a partir do momento que as crianças estão mais tranquilas, que as mães estão mais tranquilas, a gente fica mais tranquila. Eu acho que assim é muito, é muito, muito gratificante.* (Profissional)

O 'Aquário', sua ambiência e estrutura para o desenvolvimento do trabalho, favorece o prazer e a realização dos profissionais:

> *Agora é outra coisa... Eu acho que ajuda na autoestima do serviço, sabe? Não só para as mães, que é mais importante, mas pra gente que está trabalhando, a gente tem uma animação melhor assim. Vê que encontra tudo direitinho lá embaixo, que funciona bem.* (Profissional)

Com seus atrativos, o 'Aquário' reforça a adesão ao tratamento, e até mesmo a complacência das crianças:

> *Realmente, aquela proposta de tornar lúdica a coisa, eu acho que funciona. É isso mesmo. A criança às vezes vem pra consulta e fica perguntando: 'Mãe, eu não vou no Aquário? Eu não vou no Aquário?.* (Profissional)

Enfim, o 'Aquário', como espaço esteticamente cuidado e organizado e com opções lúdicas, favorece o acolhimento e a segurança, exercendo o papel de 'bom continente' para a experiência do tratamento.

As Atividades do Aquário e a Organização dos Processos de Trabalho: desafios para a construção da linha de cuidados em onco-hematologia

As atividades do 'Aquário' estão concentradas na parte da manhã, com a coleta de sangue e ativação de cateter. A partir das 13h, poucos pacientes nele permanecem. As rotinas e os procedimentos do 'Aquário' são estreitamente dependentes das rotinas do ambulatório de onco-hematologia. Chama atenção a distância entre o ambulatório e o 'Aquário', localizados em andares e blocos diferentes do prédio, agravada pela dificuldade de comunicação existente, já que sequer existe um ramal telefônico exclusivo para as salas da hematologia do ambulatório, o que exige que a enfermeira e os médicos utilizem seus telefones celulares pessoais para contato.

A rotina atual do setor do ambulatório de onco-hematologia envolve a realização de exame de sangue e consulta médica prévia, no dia anterior à sessão de quimioterapia. A agenda de quimioterapia se conforma na véspera, com base nas prescrições médicas definidas no momento da consulta ambulatorial, que devem ser recolhidas no ambulatório de onco-hematologia e levadas à farmácia.

A punção venosa é de responsabilidade das técnicas de enfermagem e realizada, em sua maioria, na própria cadeira na sala de quimioterapia. Quando a criança está agitada ou se trata de uma punção mais difícil, sendo necessário deitá-la, ela é levada para a sala de procedimentos. Além da infusão de quimioterápicos, podem ser associados medicamentos para proteção renal e hidratação, e o tempo da criança na sala de procedimentos pode se estender por um período mais longo (de 4 a 6 horas).

As atividades dos médicos no 'Aquário' centram-se na realização, por punção lombar, tanto da coleta de material para realização de mieolograma quanto da infusão de quimioterápicos. Um problema central identificado relaciona-se ao horário de realização dos procedimentos médicos. Os pacientes chegam cedo, em jejum desde a noite anterior, e ficam, em geral, recebendo soro por via

venosa, aguardando o procedimento. No período estudado, tais procedimentos iniciaram-se após as 11h, com apenas uma exceção. No pior caso, iniciou-se às 12h. A realização desses procedimentos fica na dependência da chegada do médico ao 'Aquário' e, no caso da punção lombar, também da preparação, pela farmácia, dos quimioterápicos, que devem ser manipulados no mesmo dia da aplicação e também chegam tarde ao 'Aquário', entre 10h e 10h30.

A enfermagem organiza a sala de procedimentos e todo o material necessário, ficando a interrogação sobre o horário em que a farmácia liberará o quimioterápico, no caso de punção lombar, e a hora em que o médico comparecerá ao 'Aquário', vindo do ambulatório.

No período da pesquisa, em três ocasiões fomos informadas que, em função de férias de um ou mais médicos da equipe, apenas um médico se encontrava no ambulatório, aumentando portanto o seu conflito entre realizar as consultas ou os procedimentos do 'Aquário'. Há vários problemas associados ao horário tardio para procedimentos, envolvendo, por um lado, a organização do processo de trabalho médico no ambulatório e no 'Aquário' e, por outro, a organização do trabalho na farmácia.

Uma das causas da demora no início das quimioterapias diz respeito às prescrições, nem sempre encaminhadas na véspera pelos médicos, como previsto, sendo comum a farmácia recebê-las no próprio dia da quimioterapia. Isso ocorre não apenas nas prescrições para infusão por meio de punção lombar, mas também nas de quimioterápicos administrados por via venosa e que podem ser preparadas de véspera. Outra fonte de problemas advém da rotina de manipulação da farmácia: segundo profissionais do 'Aquário', o serviço procura manipular os quimioterápicos de uma só vez e em horário tardio, por volta das 9h da manhã, para poder racionalizar o trabalho interno. A demora na realização dos procedimentos médicos, particularmente no caso da punção lombar, leva ao prolongamento da permanência do paciente/familiar no hospital. E é uma situação que tem produzido grande ansiedade nos familiares.

A pesquisa evidenciou também outro importante problema envolvendo a rigidez de rotinas e a desarticulação entre serviços/setores. Há etapas de tratamento que exigem que as crianças e seus responsáveis venham ao hospital quase diariamente, tendo em vista o tipo de bloco quimioterápico prescrito e a organização do processo de trabalho ambulatorial. Tal rotina é reconhecida pelos médicos como algo pesado para os pacientes e seus familiares. Os pa-

cientes precisam comparecer ao ambulatório para exame de sangue e consulta na véspera da quimioterapia. O período da manhã nesses dias envolve uma longa rotina:

> *Às vezes a pessoa faz quimioterapia duas vezes na semana, tá? Vem quatro dias! É uma estupidez...* (Profissional)

> *Eu chego aqui 7h30, 7h40. Ontem, eu fui atendido (para consulta médica) por volta de umas 9h30. [O resultado do exame de sangue] só saiu depois das 11 horas, 11h30. Nós ficamos aguardando até sair o resultado, para que chamem as crianças novamente.* (Familiar)

Os médicos reconhecem que o desafio seria conseguir que uma parte dos pacientes, pelo menos, pudesse cumprir toda a rotina – exame de sangue, consulta e quimioterapia – em um único dia. Introduzir essa mudança envolveria alteração nas rotinas de outros serviços, como o laboratório e a farmácia. Foi aventada pelos profissionais a possibilidade de alteração da rotina ambulatorial, envolvendo, talvez, a realização de parte dos atendimentos médicos no 'Aquário'.

Certamente a organização do processo de trabalho centrada no paciente é uma perspectiva importante para a humanização do cuidado e um desafio na organização da linha de cuidados estudada.

Acolhimento e Vínculo com os Profissionais

No âmbito da assistência ambulatorial, os relatos dos familiares expressam, de forma dominante, a qualidade das interações dos profissionais com os usuários e familiares, a disponibilidade afetiva e a capacidade dos médicos em esclarecer sobre o processo de tratamento.

> *Perfeito [o atendimento médico]. Muito direitinho, entendeu? Atencioso... Quando a gente não aceita algumas coisas, chega e questiona com ele. Sexta-feira mesmo, ele [o médico] perguntou: 'Por que você está triste? Está acontecendo alguma coisa? Está com alguma dúvida? Me pergunta. Qualquer dúvida que você tiver pode chegar: dr. X, é isso, isso e isso'.* (Familiar)

Esse familiar reconhece uma assistência sensível e cuidadosa por parte do médico, a atenção ao seu modo de se manifestar, expressando a capacidade de ligação com o outro, base para a produção do cuidado (Sá, 2009).

A relação de confiança e o vínculo com os médicos da hematologia são enfatizados pelos familiares. Uma expressão da abertura dos médicos aos pacientes está no ato de disponibilizarem os telefones celulares pessoais, o que foi mencionado pela maioria dos familiares. Tal atitude denota não só o nível de responsabilização diante do reconhecimento das frequentes intercorrências e da importância de uma rápida orientação como também a capacidade de solidariedade e compreensão do contexto de sofrimento das famílias. Esta seria uma manifestação, segundo Dejours (1999), do zelo do trabalhador, expressando sua contribuição e seu investimento subjetivo no trabalho.

Com relação particularmente ao 'Aquário', é importante destacar o reconhecimento, tanto por parte do conjunto de profissionais da onco-hematologia quanto também pelos familiares entrevistados, da alta competência técnica do trabalho ali realizado, ganhando destaque a grande experiência e especialização da equipe de enfermagem, como também o seu compromisso.

Ao longo das observações foi possível constatar a qualidade da interação da enfermagem do 'Aquário' com as crianças em quimioterapia e seus familiares; também foi possível perceber a relação individualizada que os profissionais de enfermagem (não apenas enfermeiros) são capazes de estabelecer com cada criança e a compreensão do contexto singular dos familiares. Durante os procedimentos invasivos, momento mais difícil do tratamento no 'Aquário', foi possível perceber como os profissionais de enfermagem procuram amparar a criança, por vezes segurando a sua mão e até mesmo cantando.

O vínculo estabelecido entre as crianças/familiares e a enfermagem, no dia a dia do 'Aquário', se expressa ainda quando as crianças que já finalizaram a quimioterapia vêm visitar os profissionais ou quando, em momentos de internação, a criança e/ou familiar demandam visitas das profissionais do 'Aquário'. A enfermagem não apenas se mostra como referência técnica, mas vai se tornando uma referência afetiva. Assim, as cenas assistenciais observadas permitem sinalizar para a potência dos momentos de tratamento, particularmente no caso da enfermagem, nos quais a convivência é mais intensa, vai além dos seus aspectos técnicos, podendo propiciar talvez uma ressignificação do contexto social e humano do tratamento.

Quanto ao trabalho médico no 'Aquário', os procedimentos de coleta de material para mielograma e a infusão de quimioterápicos por punção lombar são realizados com todos os cuidados quanto à assepsia e à segurança do

paciente e com sedação venosa da criança. Em geral o procedimento é acompanhado por um dos responsáveis, que permanece todo o tempo ao lado do doente. Os médicos se mostram atenciosos e acolhedores, por vezes tentam, principalmente no início, conversar e às vezes brincar para relaxar um pouco a criança e o familiar.

Deve-se considerar, no entanto, um importante problema, já tratado aqui, relativo ao atraso na realização dos procedimentos médicos. Em alguns casos, o familiar sobe até o ambulatório para pressionar o médico a descer ao 'Aquário' para fazer o procedimento. Se por um lado esse comportamento é legítimo e evidencia a capacidade de vocalização dos pais e expressão de suas demandas, por outro os médicos se encontram em atendimento no ambulatório e tal pressão pode se tornar fonte de mal-estar.

Do ponto de vista da organização do serviço mostra-se, assim, certa dificuldade em viabilizar uma rotina centrada no paciente, considerando a sua vulnerabilidade. O médico vive uma situação de grande pressão, dividido entre os pacientes do 'Aquário' e os do ambulatório, que também sofrem, também têm câncer, e se vê submetido a um contexto de muitas cobranças. Certamente esses fatores contribuem para que, nessas situações, haja uma abordagem menos solidária e cuidadosa com o familiar, o que em alguns casos provoca desestabilização emocional do familiar e o leva a uma vivência de não escuta e não reconhecimento do sofrimento envolvido.

O Sofrimento dos Profissionais e o Trabalho em Equipe como Sustentação

O sofrimento dos profissionais no hospital estudado é oriundo, por um lado, da própria condução do tratamento oncológico e do contato com o sofrimento dos pacientes/familiares e, por outro, das condições de trabalho – estrutura física, rotinas, exigências burocráticas, entre outros.

Além do sofrimento específico de ter que dar as más notícias, particularmente o diagnóstico, as decisões no dia a dia do tratamento também se tornam fonte de tensão e insegurança, próprias à prática médica na assistência a doentes em situações graves. Como ressalta Rasia (2007), situações em que o paciente não responde no tempo clínico esperado ou até mesmo a sua morte expressam o limite do saber médico, podendo desencadear sentimentos

de frustração e até mesmo de fracasso. Tais processos refletem, portanto, o investimento subjetivo que o médico faz em seus pacientes e sua exposição ao sofrimento, próprias ao laço estabelecido.

Os relatos dos médicos expressam a delicadeza da situação de dar más notícias aos familiares, que os obriga a procurar caminhos para apoiar e sustentar a situação. Em um dos depoimentos, as vivências pessoais se tornam fonte de processos de identificação (Enriquez, 1997) entre profissionais e familiares:

> *Primeiro dar o diagnóstico.(...) é tão difícil que às vezes, aqui, a gente tenta delegar um para o outro... É muito difícil. Eu acho que isso só não é pior do que dar a notícia de recaída (...). Quando é recaída, a coisa é um pouco pior. Porque em geral elas já sabem que o prognóstico é muito ruim (...). É quase que você dar uma sentença de morte. É muito ruim, não é?* (Profissional)

> *Dar diagnóstico, para mim, é um evento... diagnóstico de recaída, eu sofro mais. Sabe o que eu acho?... Eu já vivi várias coisas na vida, perdas de... (...) Então eu me sinto cuidando. Naquele momento, que é muito especial e que é de alto impacto (...). É muito delicado, e que ao mesmo tempo você tem que falar 'Olha só, a gente está aqui'.* (Profissional)

A dimensão interativa e intersubjetiva do trabalho clínico demanda também dos profissionais lidar com as respostas afetivas singulares, dos familiares e pacientes, ao adoecimento e ao tratamento. O adoecimento, particularmente por câncer, desencadeia muita ansiedade, angústia, que será canalizada de acordo com as possibilidades individuais e com os contextos familiares. Lidar com o sofrimento do outro é um grande desafio para a equipe. A produção do cuidado demanda no cotidiano aos profissionais uma capacidade de contato e compreensão de situações que lhe permita se aproximar do horizonte do familiar e do paciente. O trabalho em saúde é altamente exigente de trabalho psíquico (Sá, 2009):

> *Então, às vezes você passou a visita em dois doentes, fez mais dois mielogramas, em compensação saiu nocauteada por uma situação familiar. (...) E acho que isso às vezes cansa a equipe. Desgasta a equipe.* (Profissional)

A ansiedade dos pais muitas vezes se expressa como cobranças, pressões, dificuldades de esperar, necessidade de controle, fantasias de descuido, expectativas e medos com relação à evolução do tratamento. As atitudes dos pais são vividas pelos profissionais, por vezes, como falta de limite, intransigência, invasão e até mesmo falta de educação.

Soma-se ainda como mais uma fonte de sofrimento para os profissionais ter que partilhar as situações advindas do sofrimento social vivido por muitas famílias. Pais analfabetos, crianças expostas à violência, violência doméstica, uso de drogas, condições materiais e de sobrevivência marcadas por intensa precariedade são algumas das questões que emergem na relação com os familiares e com as quais os profissionais têm que lidar.

É importante destacar, no entanto, que as possibilidades e os limites para a escuta e para o acolhimento são também singulares e determinados por fatores intersubjetivos e inconscientes que fogem ao controle do profissional (Sá, 2005). Outra fonte de ansiedade e sofrimento é a sobrecarga dos médicos que têm que atender no ambulatório e também realizar procedimentos no 'Aquário'. Compreendemos, apoiados em Dejours (1999), que atender a demandas distintas, em locais diferentes, constitui um contexto de pressões que pode favorecer atitudes de pouca sensibilidade ou descuido com o outro, paciente ou familiar.

Como já dito, os problemas de organização de rotinas e de fluxos entre o 'Aquário' e outros setores, como a farmácia, se tornam fonte de mal-estar para os profissionais e pacientes. Assim, 'esquecer' de fazer as prescrições de quimioterápicos por parte dos médicos e os atrasos daí advindos se conjugam à demora dos médicos em chegar ao 'Aquário' para os procedimentos, gerando sofrimento para os profissionais de enfermagem do setor. Em contrapartida, o vínculo de apoio e de cooperação entre os profissionais do 'Aquário', particularmente as relações afetivas e de confiança que estão estabelecidas, torna-se fonte de apoio, amparo e sustentação para lidar com o sofrimento psíquico vivenciado. Deve-se ainda destacar o papel da enfermeira-chefe do setor, que procura constantemente articulação com os médicos no ambulatório, seja para resolver as pendências, seja para buscar formas de melhorar o fluxo entre 'Aquário' e ambulatório. Há, portanto, uma relação de confiança entre os médicos e a enfermagem, favorecendo as reinvenções e 'subversões' cotidianas necessárias ao trabalho conjunto (Dejours, 1999, 2004). Chama a atenção, no entanto, o fato de que eles repartem poucos momentos coletivos para troca de experiência e articulação do trabalho.

Quanto aos médicos, além do apoio cotidiano nas decisões do dia a dia relativas ao tratamento, o grupo se encontra uma vez por semana para discutir casos, definir condutas e estudar. É importante valorizar esse encontro pelo que ele pode representar. Apesar de todas as pressões, garantir esse momento

que favorece ao mesmo tempo o convívio, a reflexão e a troca de experiências potencializa certamente a capacidade do grupo para lidar com todas as dificuldades do trabalho assistencial. O trabalho em equipe permite que o grupo venha a funcionar como apoio, amparo e sustentação, no sentido indicado por Kaës (1997), para lidar com a responsabilidade perante casos graves em que a morte é sempre uma sombra, um risco, o que faz emergir o medo de errar. O risco envolvido no diagnóstico e na terapêutica torna-se, na dinâmica em vigor, de certo modo, uma responsabilidade coletiva, ficando repartido o peso emocional dos casos.

> *A gente não toma as decisões médicas sozinhos... acho que isso dá um embasamento maior para a gente. Porque quando o caso é simples, é simples para todo mundo. Mas quando é complicado, a gente senta e discute todas as condutas, com todo mundo da equipe (...). Então eu acho que é uma coisa que dá uma segurança para a gente muito grande. Acho que as decisões são muito pesadas, não é? Ainda pra você tomar sozinha. (...) Então, se você está amparada...* (Profissional)

Os relatos evidenciam a função psíquica exercida pelo grupo: apoio, mediação e fonte de tranquilização para a realização do trabalho (Käes, 1997). O coletivo de médicos parece cumprir uma função de proteção com relação ao sofrimento, próprio ao trabalho na oncologia. Esse coletivo se apresenta também como fonte de reconhecimento mútuo que contrasta com, e serve de anteparo para, as precariedades da estrutura do hospital.

O Processo de Tratamento e o Sofrimento dos Pacientes e Familiares

Voltando-se agora para os familiares e pacientes, o sofrimento produzido pelo câncer encontra-se particularmente relacionado ao desconhecimento e ao descontrole tanto do tratamento e seus efeitos quanto do tempo necessário para a melhora. São igualmente fontes de sofrimento as experiências de internação que, por si sós, geram sentimentos de solidão e isolamento, associados à falta de precisão sobre quando se dará a alta e, por fim, à própria incerteza quanto à cura (Rasia, 2007).

O tempo, compreendido como movimento, fruto da experiência social, sofre uma ruptura a partir do adoecimento (Rasia, 1997). Na experiência subjetiva do tratamento hospitalar, o tempo passa a ser marcado pelas rotinas

de diagnóstico e tratamento. Na experiência analisada, cabe ressaltar que a rotina ambulatorial – exigindo a vinda diária ao hospital em algumas fases do tratamento, para a realização de exame de sangue e consulta intercalados com quimioterapia – impõe uma tirania do tempo de tratamento sobre a vida dos familiares e da criança. Por exemplo, esperar longamente pelo procedimento médico no 'Aquário' ou aguardar mais tempo que o usual pelo resultado de exames laboratoriais, alongando a permanência no hospital, podem ser experiências subjetivamente vividas como intoleráveis, aumentando o sofrimento próprio ao tratamento. Portanto, apesar das dificuldades de infraestrutura e operacionais vividas pelo hospital, repensar a organização do processo de trabalho hospitalar centrado no paciente/familiar, reconhecendo seu contexto subjetivo, possibilita suavizar a experiência de sofrimento desencadeada pelo adoecimento e pelo tratamento.

O Aquário como Continente para a Gestão do Trabalho e a Produção do Cuidado

Os aspectos centrais aqui tratados foram objeto de discussão com a equipe da linha de cuidados hematológicos durante a reunião de grupo com a presença dos médicos e da enfermagem, último momento da pesquisa de campo. A ideia era que a reunião de grupo pudesse funcionar como dispositivo coletivo, no qual algumas hipóteses quanto aos pontos críticos e à dinâmica de funcionamento da hematologia pudessem ser objeto de debate e aprofundamento. O objetivo central daquele encontro foi mobilizar a equipe para que ela pudesse se apropriar das questões tratadas e tomá-las como objeto de intervenção do grupo. Esse encaminhamento contribuiu para aumentar o potencial impacto da avaliação realizada. Buscou-se evidenciar o quanto a organização do processo de trabalho pode favorecer ou, ao contrário, criar obstáculos à produção do cuidado e à satisfação dos profissionais e dos usuários.

A abordagem da psicossociologia clínica pode também contribuir para potencializar os resultados da avaliação realizada. A investigação, através dos momentos de observação e entrevista, pode funcionar para a equipe como uma brecha, uma abertura, interrompendo um funcionamento pautado pelas pressões e urgências cotidianas e se constituindo como espaço para reflexão e elaboração dos problemas e vivências dos profissionais.

Embora seja reconhecido o alto grau de envolvimento e compromisso dos médicos com a assistência, foram destacados, na avaliação realizada, pontos críticos que dizem respeito à organização e à gestão da linha de cuidados hematológicos e que têm impacto sobre a humanização do cuidado. As rotinas e os fluxos do ambulatório e sua articulação com o 'Aquário' estão entre tais pontos críticos. A articulação com outros serviços, como a farmácia e o laboratório, também foi discutida. A demanda por maior presença do médico no 'Aquário' como fator de tranquilização e de agilização do trabalho foi outro aspecto importante mencionado por familiares e profissionais do 'Aquário'. Identificar alternativas para ampliar o potencial de utilização da estrutura do 'Aquário', ainda subutilizada, foi outro ponto também debatido.

Um ponto central relaciona-se, então, ao fortalecimento da equipe e à questão do grupo tomar para si a gestão da assistência na hematologia. O grupo, como espaço de cogestão, e certamente a chefia – na função de liderança – têm um papel importante a exercer nessa dinâmica (Azevedo, 2005). É de suma importância que a equipe possa constituir uma agenda com pontos prioritários, seja para a organização interna, seja para a articulação com os demais serviços do hospital, aumentando sua capacidade de planejamento, de diálogo e de pressão sobre a dinâmica institucional.

Também ganhou destaque a problemática emocional presente no cuidado oncológico, seja como manifestação do sofrimento e angústia dos familiares e suas expressões singulares na relação com os profissionais, seja como sobrecarga ou exigência psíquica que acompanha o trabalho realizado. Indica-se a possibilidade de ampliação da agenda das reuniões de equipe, a fim de abrir espaço para a partilha das experiências de sofrimento presentes na prática cotidiana, trazendo para o debate as situações de conflito e mal-estar com familiares.

Por fim, cabe mais uma vez reconhecer a capacidade de investimento das equipes no trabalho, suas capacidades de vínculo, acolhimento e também a competência técnica e a experiência dos profissionais envolvidos, condições essenciais para a qualidade do cuidado produzido no hospital estudado.

Especificamente quanto ao 'Aquário', é fundamental realçar sua função de 'bom continente' para o trabalho e o tratamento, conformando uma ambiência que impacta positivamente a organização do serviço, sua qualidade técnica e a relação dos profissionais com pacientes e familiares.

Referências

AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde* Pública, 23(10): 2.410-2.420, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Secretaria Executiva. (Documento base para gestores e trabalhadores do SUS)

BUENO, L. F. *Um Estudo sobre os Limites e Possibilidades do Acolhimento nos Serviços de Saúde da Rede Básica do SUS*. Monografia, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14(3): 57-72, 2003.

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos. *In*: ROITMAN, A. (Org.). *O Desafio Ético.* Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

DEJOURS, C. Parte I: Trajetória Teórico-Conceitual; Parte II: A Clínica do Trabalho; Parte III: Perspectivas. *In*: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. (Orgs.) *Cristophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, Paralelo 15, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 7-14, 2004.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LOUREIRO DOS SANTOS, M. *Cuidados Paliativos e Organização do Trabalho: a concepção na atividade de técnicas e auxiliares de enfermagem*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Coordenação dos Programas de Pós-Graduação em Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MOREIRA, M. C. N. & MITRE, R. M. A. O brincar e o processo de humanização da produção dos cuidados pediátricos. *In*: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MOREIRA, M. C. N. & MITRE, R. M. A. *A Humanização das Salas de Quimioterapia Pediátricas do Rio de Janeiro: o hospital pelo olhar da criança*. Rio de Janeiro: Instituto Desiderata, set. 2007. (Mimeo.)

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 573-583, 2005.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

RASIA, J. M. Temporalidade e subjetividade em presença do câncer. *In*: RASIA, J. M. & GIORDANI, R. C. F. (Orgs.). *Olhares e Questões sobre a Saúde, a Doença e a Morte*. Curitiba: Ed UFPR, 2007.

ROSA, N. G. *Dilemas Éticos no Mundo do Cuidar de um Serviço de Emergência*, 2001. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a humanização das práticas de saúde. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 13(supl. 1): 651-664, 2009.

SILVA, C. *Curar Adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

14
O Acompanhamento do Cuidado na Emergência de um Hospital Universitário: um dispositivo de intervenção nas práticas em saúde[1]

Raquel de Andrade Barros
Claudia Abbês Baêta Neves

A saúde não é só a capacidade de evitar catástrofes, mas também a de criar novas normas arriscando a própria vida. Há aí a exuberância, criatividade e generosidade vitais que nos distanciam irremediavelmente da noção de saúde como estabilidade. O normal é aquele que sente que é mais do que normal, que pode arriscar porque tem a plasticidade necessária para fazê-lo. Faz parte da saúde, diz Canguilhem, poder abusar da saúde. É o doente, e não o são, que economiza, pois tende a reduzir suas normas e estabilizar suas condições de vida.

Pélbart

Apresentamos aqui uma experiência de acompanhamento do cuidado em saúde, construída pela equipe de estágio em psicologia social e institucional,

[1] Essa perspectiva de trabalho teve suas principais referências nas áreas da saúde coletiva, da análise institucional e nos estudos da subjetividade.

no Setor de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (Huap/UFF).[2]

No estágio visou-se a desenvolver um trabalho de formação-intervenção em apoio institucional às unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo uso dos aportes da análise institucional socioanalítica, da esquizoanálise e de dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil. MS, 2004). Um de seus focos foi o fomento da produção de redes e discussões multiprofissionais na construção de práticas de acolhimento e ampliação da clínica, em suas necessárias articulações com a rede interna (outros setores do hospital) e externa (sistema/rede do município) de saúde. A metodologia[3] construída para o acompanhamento do cuidado teve como matéria constituinte a análise do cotidiano dos processos de trabalho nas práticas de atenção e gestão do serviço, problematizando-o em suas formalizações e movimentos informes.

Nossa aposta se baseou no entendimento do SUS em seu caráter permanente de construção e diálogo com as inovações em saúde na conjuntura atual como forma de contribuição para o campo da saúde coletiva e da Política Nacional de Humanização (PNH). A análise do trabalho realizado ao longo do estágio incluiu uma reflexão a respeito dos desafios do SUS na atualidade e suas interfaces com as práticas das áreas psi.

O foco de análise foram as experiências vivenciadas com a quarta equipe de estágio, do início de 2008 a fevereiro de 2009, no processo de construção de 'outro modo' de o psicólogo se envolver com o cuidado e a gestão em uma Emergência. Essa experiência de estágio nos fez experimentar como indissociáveis, ao longo do processo de construção da intervenção, o ensino, o serviço, a gestão e o controle social no SUS. Trata-se, então, de uma experiência que fala de um coletivo. Uma metodologia do cuidado construída por muitos, em um processo que, iniciado em 2005 por outros estudantes de psicologia, fecha um ciclo de trabalho no primeiro trimestre de 2009, tendo

---

[2] O estágio curricular em psicologia social-institucional, "A humanização do SUS como política pública", oferecido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), foi desenvolvido no Hospital Universitário (Huap), mais especificamente no Setor de Emergência, nos anos de 2005 a 2009.

[3] Metodologia aqui entendida como construção de 'modos de fazer' o cuidado que se produziu em meio aos caminhos da intervenção, imanentes aos percursos e percalços nos quais se configura seu campo problemático. Nessa direção, afirmamos o método como 'modos de fazer'que acompanham o processo em seu 'fazer-se', diferente de um sentido tradicional de método como um conjunto de procedimentos previamente assumidos para atingir metas *a priori* traçadas.

como liga 'entre os ciclos' nossa supervisora e as intervenções[4] realizadas nos anos anteriores.

Cabe ressaltar, no processo de construção de equipe nesse período, o encontro potencializador com profissionais da saúde[5] do Huap, parceiros no estágio e importantes protagonistas do processo de intervenção.

O investimento pretendido foi em práticas de formação em saúde que fomentassem, no cotidiano dos trabalhos em saúde, práticas afirmativas da vida como potência de invenção e ativação de processos de autonomia. Assim, entendemos que cabe tanto ao SUS quanto às instituições formadoras produzir saberes e fomentar discussões que ampliem os sentidos sobre a realidade enfrentada nesse sistema, ativando, nos espaços de formação em saúde, a invenção ou a 're-criação' de dispositivos e práticas de gestão do cuidado em saúde (Heckert & Neves, 2007; Ceccim &Feuerwerker, 2004). Como efeitos dessa experimentação, produziram-se inflexões e aberturas a novas possibilidades de atuação.

Experimentando no Estágio um *Ethos* Transdisciplinar

De que valeria a obstinação do saber se
ele assegurasse apenas a aquisição de conhecimento
e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o
descaminho daquele que conhece? Existem momentos
na vida onde a questão de saber se se pode pensar
diferentemente do que se vê é indispensável para
continuar a olhar e a refletir.
Foucault

O objetivo primordial do estágio em psicologia social institucional foi construir um processo de formação transdisciplinar em saúde alicerçado na

[4] Por intervenção entendemos a produção de ações/dispositivos que possibilitam produzir aberturas nos processos instituídos e homogeneizadores nos quais se configuram as práticas e o próprio campo de intervenção. Assim, a intervenção se dá sempre 'entre' processos, e não caracteriza ações de um sujeito sobre um objeto ou vice-versa; diferentemente disso, produz varreduras de sentidos, contágios, ressonâncias,em relação de imanência com os acontecimentos que lhe são constituintes (Neves, 2004).

[5] Fátima Muniz (assistente social), profa. Moema Guimarães Motta (médica), Mauro Silva (enfermeiro), profa. Amanda Hipollyto (enfermeira), Rosana (enfermeira), Sonia Leitão, entre outros.

indissociabilidade entre os processos de formação e os processos de intervenção nos movimentos do real. O trabalho de apoio institucional implicou a criação de ações e dispositivos clínico-institucionais, junto com profissionais, gestores e usuários do serviço, comprometidos com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de modos de subjetivação (Campos, 2000).

Por modos de subjetivação[6] entendemos os processos coletivos de produção de si que se tecem em meio às configurações históricas e confrontos ético-políticos e se afirmam como modos singulares de estar nos 'verbos da vida' (viver, pensar, trabalhar, formar, cuidar...). Essa produção ganha expressão e visibilidade nas práticas e modos nos quais, e pelos quais, tecemos, somos tecidos e afirmamos, nos movimentos do real, o cotidiano de nossos fazeres/saberes. A subjetividade é ao mesmo tempo produção existencial e social, e não se produz a partir de um centramento no indivíduo-sujeito ou como equivalente à noção de identidade. Nem mesmo referida à ideia de múltiplas identidades tão em voga no novo relativismo psicologista. O que buscamos ativar e ter ativado em nossas intervenções foi a apreensão e a construção de uma atenção aos processos em seu 'tornar-se', naquilo que indicavam de movimento de singularização e criação de possíveis.

O desenvolvimento de ações de apoio institucional (Merhy & Onocko Campos, 1997; Campos, 1998; Pasche & Passos, 2010) a unidades de saúde do SUS buscou interferir nos modelos de gestão e atenção fragmentados, operadores de uma clínica degradada, potencializando processos de produção de saúde afirmadores de um cuidado integral, qualificado e resolutivo tanto para o usuário e sua rede social quanto para os trabalhadores da saúde. Para tanto, o cotidiano dos serviços e sua complexidade foi por nós considerado como matéria primordial e constituinte de todo o processo de formação-intervenção.

O trabalho foi desenvolvido mediante o acompanhamento, em ato, dos modos de funcionamento cotidiano, dos processos de trabalho em seus fazeres e saberes, do compartilhamento de momentos de crise, impedimentos, silenciamentos, assim como das respostas construídas em meio às situações. Experimentamos um exercício de problematização coletiva dessa complexidade na qual os profissionais, os gerentes e os usuários estiveram juntos,

[6] Félix Guattari (1992) insiste no caráter heterogêneo dos processos de subjetivação, mostrando que estes comportam componentes humanos e sociais (família, economia, etnia...), componentes pré-pessoais (sistemas perceptivos e de sensibilidade) e componentes extrapessoais (maquínicos, tecnológicos, ecológicos...).

compartilhando encaminhamentos e soluções para as demandas cotidianas do trabalho em saúde. Podemos afirmar que esse foi um dos grandes desafios enfrentados no trabalho.

Defender a vivificação do SUS como princípio ético-normativo de direitos humanos, políticos e sanitários é bem diferente de defender um 'susismo' (Stotz, 2005)[7] abstrato. Aquele que, quando exercido como letra morta, ignora as interpelações do cotidiano e se torna prescrição de uma política de saúde transcendente à vida em seus movimentos produtores de desvios daquilo que a homogeneíza. Atentar para esses movimentos produtores de desvios implica apostar em um 'reencantamento'[8] do SUS que tem sua força na afirmação da vida em sua multiplicidade.

É nessa direção que entendemos que os processos de formação em saúde precisam estar conectados aos processos de trabalho, problematizando seus modos de atualização como prática de cuidado e gestão das políticas de saúde vigentes, rompendo assim com a separação entre teoria e prática, clínica e política e entre pensamento e vida. No caso da formação de psicólogos, o rompimento com essas dicotomias implica pôr em análise as práticas tradicionalmente instituídas de atuação do psicólogo-especialista fechado nos seus campos de atuação. Ainda hoje vemos predominar práticas privadas/individualizantes, restritas a atendimentos psicoterápicos ambulatoriais, individuais ou grupais, a usuários e trabalhadores da saúde. Essas práticas incorrem, em grande parte, numa atuação descompromissada com o estabelecimento de redes de cooperação com outros saberes necessários para a integralidade do cuidado em saúde (Dimenstein, 1998, 2007).

No caso do trabalho do psicólogo em emergências, é ainda vigente uma atuação pontual, restrita a situações de 'surto' de usuários ou de crise entre profissionais do setor e a rede social dos usuários. Muitas vezes, no trabalho desenvolvido junto às práticas de gestão e de cuidado na Emergência, éramos indagados se o que fazíamos era atribuição do psicólogo. Alguns profissionais

---

7 Expressão utilizada como crítica à defesa do SUS como dever moral e legalista, fincado em seus arcabouços jurídico-político-normalizadores. O que, a nosso ver, reproduz o SUS como 'letra morta' prescritiva, reduzindo sua potência como matéria viva, em movimento, que se produz de forma consonante com os processos que surgem no cotidiano dos serviços, territórios, sinalizando o atendimento das necessidades reais dos sujeitos e seus modos de vida.

8 "Reencantamento do concreto" é uma expressão utilizada por Varela (2003) nos estudos da cognição para abordar a experiência cognitiva como um processo no qual coemergem sujeito e mundo. O que implica a avaliação do conhecimento não pela sua objetividade, mas sim pelas formas concretas e encarnadas que ele pode assumir, e coloca para nós nessas experimentações uma questão ético-política.

propunham que nos ativéssemos ao atendimento psicoterápico no leito do paciente, a seus familiares em momentos de crise, ou a situações pontuais de adoecimento dos trabalhadores do setor. Mas atuar nessas modalidades de atendimento não implica também interferir nos processos de gestão e nos modos de fazer cuidado?

A experimentação desses estranhamentos e as indagações quanto ao baixo grau de interferência do trabalho do psicólogo quando pautado na dissociação entre práticas de cuidado e gestão nos levaram a problematizar o lugar instituído e naturalizado, supostamente neutro e objetivo, que os psicólogos atualmente têm ocupado e fortalecido em suas práticas em saúde.

Para melhor delinearmos o campo problemático em meio ao qual se deu o processo de construção da metodologia do cuidado na Emergência do Huap, faremos uma discussão sobre as unidades de urgência/emergência no SUS, situaremos geograficamente o Huap e falaremos de suas interfaces com os campos da assistência, da formação e a rede locorregional.

O Setor de Urgência/Emergência: um espaço possível de articulação entre a formação e a rede assistencial locorregional?

O Setor de Urgência e Emergência[9] público, assim como o privado, no Brasil e no mundo, desempenha uma função ímpar de observatório e análise do funcionamento do sistema de saúde, e mais especificamente da rede de saúde locorregional. Entretanto, o que vemos, ainda hoje, é uma desvalorização crescente desse espaço como lócus de formação, problematização e experimentação de práticas de construção de saúde integral e em rede. A lógica das especialidades é o que prevalece como foco de atenção da formação nas emergências.

A lida cotidiana com as ocorrências súbitas de doença e agravos à saúde, que expõem as pessoas às situações de risco imediato de morte ou incapacidade, soma-se aos inúmeros casos que fazem das portas de emergência o acesso preferencial para o cuidado em saúde. Sabemos que não se trata de culpabilizar, ou meramente de informar e/ou conscientizar, o usuário sobre 'por onde entrar'

[9] O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução 1.451/95, define como urgência "a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata", e como emergência "a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida e ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato".

para acessar o sistema de saúde, mas de entender essas práticas de acesso como um analisador[10] das políticas de funcionamento da rede.

Diferentes vetores conformam e favorecem a produção do hospital como porta de entrada no acesso à saúde, quais sejam: a baixa efetividade da rede básica; a restrição de ofertas de serviços aos níveis secundários e terciários de atenção; a inexistência de uma lógica de funcionamento em rede; a predominância de uma lógica hospitalocêntrica e médico-centrada; divergentes perspectivas e racionalidades por parte de profissionais e usuários sobre o que seria de fato caracterizado como "casos verdadeiramente emergenciais"[11] (Giglio-Jacquemot, 2005).

As unidades básicas que, de fato, possibilitariam garantir um cuidado continuado e integral ainda hoje são escassas e desqualificadas como lócus de investimentos dos governos vigentes.[12] As questões relativas ao baixo investimento em pessoal, insumos, financiamento e a não absorção da demanda produzem no cotidiano uma série de barreiras de contenção (agenda fechada, dia mensal de agendamento, burocratização programática), reforçando uma concepção de acesso à saúde referenciada a procedimentos, programas e tecnologias duras.[13] Nessa direção, a rede não se efetiva, e a 'porta de entrada' no acesso à saúde acaba sendo, grande parte das vezes, as unidades hospitalares. Assim, o acesso se restringe, ainda que com muitas dificuldades, aos serviços, e não necessariamente se relaciona ao cuidado demandado.

A combinação dos vetores anteriormente mencionados produz um aumento crescente da demanda por atendimento nas emergências, reforça a descaracterização de um cuidado integral e produz, por parte dos trabalhadores e gestores, a criação de tecnologias e racionalidades de contenção por meio de barreiras físicas e assistenciais que promovem mais desassistência no acesso ao cuidado.

---

[10] Analisador é um conceito produzido por Guattari (1972) no contexto do movimento institucionalista, incorporado pela análise institucional socioanalítica. Guattari afirma os analisadores como acontecimentos produtores de rupturas que visibilizam as relações do instituído e seus pontos de amarra. Nesse sentido, o analisador descentra a análise como função do analista e é pensado como aquilo que produz análise, que catalisa fluxos, que decompõe o que se apresenta como unidade.

[11] "... em viatura de corpo de bombeiros, deitado em uma maca, com fratura exposta e/ou artéria babando?" (Giglio-Jacquemot, 2005: 57-72).

[12] Em que pesem os esforços, recentes, de indução do governo federal na implementação e no aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família em âmbito nacional.

[13] Merhy (1997, 2002) agrupa o conjunto de tecnologias na área da saúde do seguinte modo: a) tecnologia dura, representada pelo material concreto, como equipamentos, mobiliário, material permanente ou de consumo; b) tecnologia leve-dura, incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde; c) tecnologia leve, que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde.

Como, em nossas ações e dispositivos inventivos em saúde, não tornarmos a vida uma 'funcionária-submissa' e refém de prescrições, programas de saúde, médias e padrões de conduta instituídos?

Cecílio e Merhy (2003) ajudam nessa discussão ao sinalizarem que, mesmo que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências e emergências hospitalares continuarão sendo importante porta de entrada do SUS. Nesse sentido, os autores afirmam que é primordial mudar a forma tradicional de trabalho nesses espaços, rompendo com a lógica procedimental baseada na queixa-conduta, face de uma clínica reducionista e ineficaz. Cabe inventar, segundo os autores, novos dispositivos e formas de escuta para essa problemática das urgências/emergências hospitalares, pois é visibilizando as lógicas que se (re)produzem nas práticas dos diferentes serviços – seus (des)funcionamentos e crises, bem como as inadequações entre o que demandam as situações daí advindas e o que preconizam os modelos e as normas do SUS – que podemos interferir nos processos e reinventá-los.

É importante ressaltar que não se trata de um psicologismo pueril e ingênuo, limitado a 'pôr as pessoas e serviços para conversar', mas de acolher o que se produz nos encontros nos quais a vida, em sua errância constitutiva por entre práticas e modos de funcionamentos vigentes, sinaliza saídas em meio à proliferação de intoleráveis (Neves, 2004).

Nessa direção, escapar de um susismo como tese transcendente e desencarnada não implicaria radicalizarmos a aposta para além e aquém dos modos de organização dos sistemas e serviços? Não implicaria uma aposta nas redes de conversação operadoras de abertura e contágio a favor do vívido da vida? As urgências/ emergências não seriam também lócus privilegiados para essa experimentação?

O Acolhimento como Dispositivo de Intervenção na Gestão do Cuidado e na Produção de Redes

A questão da gestão e da qualidade do cuidado no âmbito hospitalar tem assumido papel de destaque na agenda dos diversos atores do SUS, ao lado de temáticas da integralidade da assistência, humanização, acolhimento, trabalho em equipe, entre outros (Teixeira, 1997; Brasil/MS, 2004, 2006; Merhy, 1994, 1997, 2002; Pinheiro, 2001; Cecílio & Merhy, 2003; Neves & Heckert, 2010).

No campo da saúde coletiva esse debate tem envolvido diferentes perspectivas e se afirma em uma trajetória heterogênea e considerável de experiências práticas nos serviços de saúde (Belo Horizonte, Campinas, Sergipe, dentre outros). Ao mesmo tempo, é possível perceber esses diversos sentidos se expressando nas diretrizes das políticas governamentais de saúde. Sinalizar essa trajetória, no que se refere especificamente ao acolhimento, implica considerar que grande parte do que sabemos hoje é fruto desse acúmulo prático. Trata-se, então, de problematizar, nessas e com essas experiências, os sentidos e efeitos que queremos produzir nas práticas de cuidado e gestão em saúde.

Tradicionalmente, o acolhimento em saúde tem sido reduzido a uma questão espacial – recepção e ambiente confortável – e identificado a ações de triagem administrativa da demanda 'espontânea' na porta de entrada das unidades hospitalares.[14] O que podemos perceber é um processo de triagem sem nenhuma preocupação e articulação com a construção de redes de pactuações para dentro ou para fora do setor ou unidade, gerando desresponsabilização nos processos e inexistência de garantias de atendimento às necessidades de saúde, ou seja, o objetivo principal é o repasse do problema.

Nas unidades hospitalares de urgência/emergência, são frequentes esses funcionamentos, acrescidos de uma organização do atendimento por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Isso torna a porta de entrada dessas unidades um campo de tensões e conflitos, pronto para explodir a qualquer momento, e fonte de agravos à saúde de usuários e de adoecimento e desgaste para os profissionais da saúde.

O que se evidencia nessas práticas é, em geral, a produção de uma clínica degradada, pautada em procedimentos de queixa-conduta na qual o foco da relação de cuidado é a doença, o órgão avariado, tornando o usuário um 'objeto-alvo' dos inúmeros protocolos e procedimentos assistenciais.

Nos últimos anos, diversas políticas governamentais têm pautado o acolhimento no debate a respeito do acesso da população aos serviços de saúde por entendê-lo como ação importante para a resolução dos problemas de acesso e a redução das filas de espera nesses serviços. Neves e Heckert (2010) confirmam

[14] Com o nome de "acolhimento" é também comum nos serviços de saúde a montagem de grupos voluntários de recepção aos usuários, voltados para a organização das filas nas portas de entrada, sem nenhum vínculo com o processo de trabalho da unidade e a rede do entorno. O que acaba por caracterizar o acolhimento como voluntarismo, ato de bondade e/ou como um 'a mais' que os profissionais fazem em suas práticas em saúde com base em suas características pessoais.

o caráter redutor da ideia de acolhimento segundo a qual este se restringe ao acesso a serviços de saúde. Segundo elas, essa produção de similitude de sentidos entre acolhimento e acesso

> tem favorecido, em grande parte, os usos políticos do acolhimento como 'bandeira de democratização e qualificação da saúde' cujas ações se restringem, nos períodos eleitorais, a efeitos de espetacularização que se expressam em obras de 'maquiagem' do espaço físico das fachadas e portas de entrada das unidades sem alterações efetivas das condições e no processo de trabalho. (Neves & Heckert, 2010: 152-153)

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (Brasil.MS, 2004), construída a partir das experiências instituintes (um "SUS que dá certo") que se realizam nas práticas concretas do SUS, tem se produzido como movimento catalisador de processos de mudança e importante interferência nos processos de transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde. Seus princípios, diretrizes e dispositivos enfatizam a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si a partir de um modo de fazer que se afirme na inseparabilidade de atenção e gestão, no caráter transversal dos processos e no comprometimento com a produção de autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos.

A construção de mudanças nos nossos modos de cuidar em saúde implica necessariamente diferentes modos de entender e fazer gestão de si e do trabalho. E tais mudanças são coproduzidas de modo imanente com os processos de trabalho, ou seja, se fazem trabalhando em meio à gestão dos serviços, à gestão dos processos de trabalho, à gestão do processo do cuidado do usuário. Modos de trabalhar e modos de subjetivar são processos distintos, porém indissociados (Neves &Heckert, 2010; Barros & Barros, 2007).

Nessa direção, a aposta na humanização da saúde se constrói num "caminhar para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde, fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação que só se efetiva a partir do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos" (Benevides & Passos, 2005: 393). A operacionalização dessa aposta se constrói a partir da potencialização de espaços de encontro entre os diferentes atores em saúde e de seus funcionamentos nos espaços de trabalho. Apostamos nessa inclusão, tendo como foco os modos de construção das relações entre os diferentes sujeitos e redes envolvidas numa ação em saúde sem que se estabeleça

uma centralidade em qualquer um desses atores. Dessa forma, o que se busca é a construção/ativação de redes 'entre' práticas, serviços, movimentos instituintes em suas atualizações formais (tecnologias do cuidado) e modulações intensivas (índice de ativação das potências criacionistas).

É com esse entendimento da PNH como política pública que se faz na produção de zonas de comum ativação de processos coletivos, diferente de um programa a mais do Ministério da Saúde, ou mesmo de uma política servil a interesses de governo específicos, que nos aliamos para o desenvolvimento do trabalho no Huap.

Com algumas ferramentas-dispositivos ofertadas pela PNH, e inventando outras ao longo do percurso, construímos a intervenção do estágio em psicologia na Emergência do Huap enfocando as diretrizes-dispositivos do acolhimento, da cogestão e da ampliação da clínica, mas ficando atentos, contudo, aos perigos dos usos dessa política como ação programática e dispositivos prescritivos de uma técnica a ser implantada verticalmente.

Em trabalho desenvolvido para a cartilha da PNH/MS (Brasil, 2006), Neves e Rollo afirmam que o acolhimento no campo da saúde é uma ação constituinte dos modos de se produzir saúde, uma tecnologia do encontro que faz uso de dispositivos e arranjos organizacionais comprometidos com a produção de redes efetivas intra e extrasserviços, com a "qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. (...) portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde" (Brasil, 2006: 18).

Uma proposta de acolhimento na porta de entrada de um serviço (seja hospital, ambulatório...) é pensada como algo que só ganha sentido se entendida como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. Processos esses que se conectam com os modos de funcionamento cotidianos, com a problematização dos usos do espaço, das condições e processos de trabalho, com os modos de gestão do cuidado, com os fluxos assistenciais e seus modos de fazer e de estar na rede.

É na emersão desses funcionamentos e de suas problematizações que o acolhimento em saúde produz liga entre os processos de trabalho, os modos de gestão do cuidado e as práticas de produção de saúde. Essa liga é base de uma aliança com a produção de vida, com o fomento a corresponsabilização;

"trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que 'eu me reinvente', inventando-me com o outro" (Brasil, 2006: 17).

Nesse entendimento, o acolhimento não pode se restringir a um espaço ou a um local, nem mesmo pode ser entendido como 'responsabilidade' de uma pessoa ou grupo específico. Diferente disso, ele diz respeito a uma atitude ético-política de ativação de redes que convocam a 'gerir com', interferir no curso dos processos que tecem o trabalho de forma a coletivizá-lo, potencializando modos de vida que recusam o destrato do vivente e da vida (Neves & Heckert, 2010).

Caracterização do Huap e sua Importância Histórica na Rede de Saúde da Região

O Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (Huap/UFF),[15] situado no município de Niterói no estado do Rio de Janeiro, é um hospital de ensino de nível terciário que possui cerca de trezentos leitos e atende exclusivamente pelo SUS. Até 2007, contava com Urgência/Emergência (24h) de 'porta aberta' ao público.

É uma unidade de referência no atendimento de média e alta complexidade à população da zona Metropolitana II,[16] que engloba, além de Niterói, as cidades de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

Um pouco da história

A história do Huap, tecida por diferentes vetores, e sua importância na rede regional estão intrinsecamente ligadas a significativos acontecimentos e a lutas históricas de profissionais, de estudantes e da população de Niterói, que têm sua gênese nas demandas pela viabilização do ensino superior público no município (desde as décadas de 1920-1930), no incêndio do Gran Circo

[15] Antigo Hospital Municipal Antonio Pedro, recebeu este nome em homenagem ao clínico geral Antônio Pedro Pimentel, um dos fundadores da Faculdade Fluminense de Medicina, que se destacou no estudo de doenças infecciosas.

[16] Sua área de abrangência atinge uma população estimada em mais de dois milhões de habitantes e, pela proximidade com a cidade do Rio de Janeiro, atende também parte da população desse município. Disponível em: <http://rede.huap.uff.br/huap/node/16>. Acesso em: 3 jan. 2011.

Americano (1961), nas propostas de viabilização de uma unidade de grande porte para a saúde da população fluminense[17] e na busca por uma efetiva participação de quadros da faculdade de medicina, e de outros cursos da universidade, na construção da rede primária de saúde do município (Monteiro, 1981; Silva *et al.*, 2006).

A tragédia do incêndio do Gran Circo Americano em Niterói, no mês de dezembro de 1961, mobilizou a população e deu visibilidade à importância de um hospital de grande porte na região. O incêndio, que vitimou quatrocentas pessoas, a maioria crianças, levou à reabertura, em caráter de urgência, do então desativado Hospital Municipal Antonio Pedro e mobilizou parcerias entre equipes compostas por médicos da prefeitura e estudantes da faculdade de medicina, montadas às pressas para viabilizar esses atendimentos.

Três anos depois desse episódio, o antigo hospital municipal, após longos anos de desativação, insuficiência de recursos e inexistência de uma política de investimentos públicos para a saúde, é cedido pela prefeitura[18] para a UFF, em 1964, tornando-se hospital universitário. Sua cessão se deu como resultado de uma longa mobilização dos estudantes de medicina da antiga Faculdade Fluminense de Medicina,[19] hoje UFF, pela aquisição de um campo de ensino e, ao mesmo tempo, pela viabilização de um estabelecimento hospitalar de grande porte, até então inexistente, para a população da região.

A mobilização dessas parcerias produziu esforços e lutas conjuntos pela viabilização e reabertura do hospital e ressoou nas décadas seguintes na construção de importantes parcerias entre os profissionais da saúde do município, professores e alunos da universidade em torno da organização, planejamento e gestão das políticas de saúde da rede municipal.[20]

Segundo Gomes e colaboradores (2006), as experiências de articulação entre a UFF (em especial no campo da saúde), as instituições de saúde e os movimentos sociais na cidade de Niterói são gestadas desde a década de 1970.

---

17 Essa demanda ganhou força com a federalização da antiga Faculdade Fluminense de Medicina em 1965.

18 A doação do hospital à universidade ocorreu pela Deliberação n. 2.403, de 27 jan. 1964, da Câmara Municipal de Niterói, com transferência de patrimônio e compromisso de prestação de serviços de maternidade e emergência à população carente de Niterói (NAT/UFF, 1979).

19 A esse respeito, ver História da Faculdade Fluminense de Medicina em <http://labutes.vilabol.uol.com.br/pagina04.html>. Acesso em: 10 de jul. 2011.

20 No período de 1977 a 1983, a rede de saúde em Niterói era formada por unidades do estado, do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente passaram ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e ao Hospital Universitário Antônio Pedro.

Em 1976, com a vitória eleitoral da oposição ao regime militar no município, se dá a consolidação dessa parceria por meio do convite a professores envolvidos no projeto de saúde comunitária para ocuparem a Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social da cidade.

Toda essa história marca a peculiaridade, a parceria e a importância do Huap na rede de saúde do município de Niterói. Os efeitos/produções dessa ação conjunta, nem sempre destituída de tensão, ressoaram tanto na reorientação das políticas de saúde e revitalização do movimento social quanto na problematização dos paradigmas tradicionais de formação em saúde, vigentes na universidade, calcados em uma lógica hospitalocêntrica e nos especialismos técnico-científicos.

As experiências construídas junto à rede municipal e a implementação do SUS no final da década de 1980 dão consistência para que em 1992 se reativem movimentos pela reformulação curricular da Faculdade de Medicina da UFF, com destaque para as movimentações do Instituto de Saúde da Comunidade em profunda articulação com a Fundação Municipal em Saúde (FMS) e os estudantes. Em 1994, adotou-se uma série de estratégias para sensibilização e formação do corpo docente, de alunos, de profissionais da rede municipal e de diferentes cursos da universidade visando a produzir a formação de outro perfil para o médico, qual seja:

> de sólida formação geral, contextualizada histórica e politicamente, que trabalhe em equipe multiprofissional, que saiba utilizar criticamente tecnologias (...), que tenha flexibilidade para incorporar mudanças tecnológicas ou político-administrativas e com desenvolvida consciência social. Este currículo, então, permite tanto a formação de médicos gerais quando a de especialistas. (Silva *et al.*, 2006: 52)

Contudo, apesar da importância e da consolidação dessa parceria[21] no que se refere à articulação da formação médica com a rede primária de saúde, o mesmo não se pode perceber no tocante às articulações entre a formação médica de especialidades e sua vinculação com a rede secundária (especialidades) e setor de Urgência/Emergência da rede.

Construir política pública de saúde envolve experimentar como campo problemático os modos nos quais, em suas formas e intensividades, a integralidade

[21] Dessa parceria destaca-se a construção do primeiro Plano Municipal de ações de saúde, que, em consonância com o movimento da Reforma Sanitária, volta-se para a construção de uma rede de serviços direcionada para a atenção primária à saúde em articulação com as redes estadual e federal, responsáveis pelas unidades de maior complexidade.

da vida humana se dá. Tudo isso impõe níveis de tensionamento constantes nas práticas e políticas instituídas (formas) entre trabalhadores/gestores/usuários/rede social que experimentam em ato, nos diferentes encontros, o plano instituinte (forças) que também compõe e atravessa os processos de produção da realidade. Há que se pensar, sobretudo, na criação de outra territorialidade construída nas relações, indagando sobre o modo como habitamos o território e como, de fato, o produzimos (Neves, 2011).

O conceito de transversalidade (Guattari, 1987)[22] foi por nós experimentado como uma estratégia de análise-intervenção junto aos grupos do setor de emergência do Huap e possibilitou o aumento do grau de comunicação dos grupos entre si, favorecendo abertura e clareza para a multiplicidade de vetores e seus entrecruzamentos de sentidos na composição dos processos de trabalho em saúde da Emergência.

Ao estendermos nossa escuta e atenção aos movimentos informes, não atualizados em formas e discursos oficializados, damos passagem à análise de outros modos de comunicação, não tradicionalmente enquadrados nos modos verticais (hierarquias institucionais) e horizontais (filiações profissionais/setoriais), possibilitando a inclusão da própria instituição da análise e de seus dispositivos.

É nessa experimentação que temos a emergência de uma zona híbrida, um 'entre', que desestabiliza os binarismos e os limites identitários, subvertendo a oposição entre os que pensam e os que fazem, entre os que ensinam e os que aprendem, ou mesmo entre quem cuida e quem gere.[23]

O campo de intervenção do estágio: a Emergência do Huap

Um dos desafios dos hospitais universitários, segundo Machado e Kuchenbecker (2007), é o de responder de maneira resolutiva às demandas da população que chega a esse serviço, assim como o de

> Desempenhar sua vocação de formação de profissionais de saúde num contexto em que as demandas sociossanitárias são múltiplas e crescentes. (...) Para muitos, a porta de entrada do sistema de saúde permanece sendo através dos serviços de emergência, num contexto onde há sérios

[22] Proposto por Félix Guattari em 1964, no contexto do movimento institucionalista francês. "Deveria definir-se um protocolo de análise pragmático específico para cada situação. Trata-se de determinar, no seio de cada dispositivo, quais são os componentes operatórios" (Guattari, 1987: 111).

[23] Sobre esse assunto, ver Guattari, 1981, e Passos & Benevides, 2000.

> problemas de integração entre os diferentes níveis de complexidade. Nesta perspectiva, frequentemente cabe aos HU o desempenho de atribuições que fogem da sua vocação mais primordial de prover assistência especializada num contexto de formação de profissionais de saúde. (Machado & Kuchenbecker, 2007: 874)

Os hospitais universitários não podem ser substitutos da rede hospitalar regional, pois isso os obrigaria a pagar o preço de ter sufocada sua missão de ensino e pesquisa. O crescente afluxo de demanda de baixa complexidade, o baixo financiamento das universidades e do SUS, as reiteradas crises de desabastecimento material e de recursos humanos têm deteriorado sobremaneira a formação e o trabalho em saúde em muitos desses hospitais.[24]

O processo de intervenção no serviço de emergência do Huap, nestes cinco anos, nos possibilitou percebê-lo como um campo problemático dentro do hospital e na rede de saúde de Niterói. Destacamos aqui algumas dessas problemáticas: a não articulação da Emergência com outros setores do hospital; a separação entre a instituição-formação e a instituição-assistência; o reduzido diálogo com as unidades da rede de atenção básica e a falta de clareza quanto à função da Emergência na rede de saúde locorregional, por parte dos gestores e de alguns trabalhadores.

O hospital universitário e a rede

No campo da assistência, havia uma relação bastante tensa e frágil, muitas vezes de isolamento do hospital universitário[25] como parte da rede SUS locorregional. Mais notadamente entre o setor de urgência/emergência do hospital e as unidades e programas da rede de atenção primária para a continuidade do cuidado, contribuindo, muitas vezes, para a fragmentação e o sucateamento do cuidado.

Em muitos casos percebemos que usuários, e mesmo alguns profissionais da saúde, qualificavam as ações na atenção primária como pouco resolutivas, menos capacitadas, considerando-as perda de tempo para quem precisa de

[24] A esse respeito, ver Sidney & Sanches, 1996.

[25] Os hospitais universitários se inserem em múltiplas relações, quais sejam: ensino, assistência à saúde e pesquisa acadêmica (Machado & Kuchenbecker, 2007). Médici (*apud* Machado e Kuchenbecker, 2007) define o hospital universitário como um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, responsável pela formação nesta área, que deve ser reconhecido de maneira oficial como hospital de ensino e submetido à supervisão de autoridades competentes e propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) à população.

mais do que é oferecido na "cesta básica de serviços voltados para atenção dos pobres".[26] Essas (des)qualificações sinalizavam uma gestão fragmentada do cuidado na rede de saúde locorregional, produtora de desassistência às necessidades de saúde da população, mas também enunciavam movimentos políticos e interesses favoráveis à ausência de rede efetiva "mantendo a lógica proposta pelo Banco Mundial (...) de garantir uma cesta básica de serviços (...) para pobres e a oferta privada de serviços de saúde para pessoas dispostas a custear serviços 'mais qualificados'" (Hipollyto & Motta, 2008: 3).

O Huap, até o ano de 2007, era o único hospital universitário do estado do Rio de Janeiro com serviço de urgência/emergência aberto 24h à "demanda espontânea",[27] o que o tornava peculiar e fundamental na rede de saúde do município de Niterói. O município tem hoje uma complexa rede[28] de serviços de saúde, na qual se vivencia a coexistência de vários modelos de atenção em saúde,[29] com baixo grau de articulação e, algumas vezes, rivalizando-se entre si. Essa rivalidade pode ser observada nos casos de usuários vinculados ao Programa Médico da Família (PMF) e os que buscam atendimento por "demanda espontânea" em Unidade Básica de Saúde (UBS), Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) e Emergência do hospital universitário. A ampliação de 'portas de entrada' (UBS/PMF) esbarra na restrição de ofertas de serviços nos níveis secundários e terciários de atenção, o que dificulta que a porta de entrada para o sistema de saúde sejam as UBSs.

A burocratização dos programas em saúde na atenção primária (saúde da mulher, da criança, hipertensão e diabetes) é identificada por Hypollito e Motta (2008: 8) como outro fator que tem contribuído para a produção de barreiras no acesso ao cuidado e dificultado a articulação entre as equipes (PMF e UBS) no território, pois "a obrigatoriedade de responder aos diversos protocolos determinados pelo Ministério da Saúde (...), aliada ao tamanho mínimo da equipe de profissionais, dificulta a abordagem das questões locais de saúde e tende a burocratizar o agendamento das tarefas".

---

[26] Expressão utilizada por Hipollyto e Motta (2008) em referência à restrição de ofertas de serviços nos níveis secundários e terciários de atenção na rede de saúde regional.

[27] O Huap era um dos poucos hospitais universitários no país com serviço de emergência de 'porta aberta' funcionando.

[28] Módulos do Programa Médico na Família (PMF) nas áreas periféricas, as unidades básicas de saúde (UBS), as policlínicas comunitárias, policlínicas de especialidades, serviços de pronto-atendimento e algumas unidades hospitalares municipais, estaduais e federais.

[29] PMF, UBS, Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) e hospitais (municipais, estaduais e universitário).

Contudo, também é importante estarmos atentos para o que nesses discursos e modos de subjetivação é produzido por uma sedução-captura do mercado capitalista da saúde, que visa menos ao cuidado e às práticas em saúde voltadas para a conquista de autonomia do usuário do que ao lucro. Sedução-captura essa que agencia o acesso à qualidade do cuidado como sinônimo de consumo de tecnologias duras e leve-duras (equipamentos/máquinas/diagnósticos), em detrimento de tecnologias leves (relacionais).

A micropolítica do cuidado em saúde

O conceito de tecnologias em saúde, construído por Merhy (1997, 2002), possibilita visibilizar o plano micropolítico[30] no qual também se inscrevem a clínica e o trabalho em saúde, sinalizando que estes não podem ser globalmente capturados pela lógica do trabalho morto,[31] expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado. A centralidade do trabalho vivo[32] em ato nos processos de promoção e produção de saúde "se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção" (Neves, 2008: 1.554).

Se entendermos que é no plano dos encontros que se dá a produção de saúde, não encontraríamos, justo aí, outra possível razão para o descompasso entre as demandas dos usuários e as dos profissionais na Emergência do Huap?

O trabalhador da saúde entra nesse encontro munido de saberes e, grande parte das vezes, de posicionamentos sobre o que deve ouvir, receber, atender, cuidar, e com base nesses pressupostos realiza ações para, e sobre, o que identifica como demanda daquele sujeito, com fôrmas prontas para fazer o seu trabalho. O usuário chega com expectativas de ser ouvido, entender o que se passa com ele e ter resolvida sua necessidade de saúde e os efeitos perturbadores dessa necessidade em seu cotidiano existencial.

---

30 A análise micropolítica, tal como proposta por Guattari e Rolnik (1986) e por Deleuze e Guattari (1996), é uma experimentação que se faz método naquilo que em nós força a pensar, naquilo que nos convoca de deslocamentos e mutação subjetiva. Implica um modo de apreender a realidade em seu fazer-se, em meio aos movimentos engendrados por forças intensivas produtoras de afetos, desejos e realidades. (Neves & Heckert, 2010).

31 Diz respeito ao que comparece no ato produtivo através de seu produto.

32 Diz respeito ao trabalho como ato produtivo em seu fazer-se, envolvendo a atividade de construção de produtos e processos, e o produtor do ato em correlação com ato produtivo, produto e consumo do ato (Merhy & Franco, 2006).

Podemos perceber que esse encontro entre trabalhador da saúde e usuário-rede social envolve uma complexidade e não se dá em um deserto de embates, de tensionamentos. Tampouco se opera como repetição incessante de regularidades, pois

> o usuário, ao carregar um sentido de um dado 'problema' como 'problema de saúde', procura que nesse encontro, (...) seja estabelecida uma relação de compromisso que leve em conta a responsabilização, a confiança na intervenção e a solução da sua queixa. (Merhy, 2002: 75)

Uma das questões que percebemos como problemática nesse período do estágio foi a dissonância entre os sentidos atribuídos à Emergência, diferentes para os usuários e para os trabalhadores de saúde.

Giglio-Jacquemot (2005) problematiza as noções de urgência e emergência em saúde nas perspectivas dos usuários e dos trabalhadores ao perceber os diversos usos dessas noções e suas implicações na garantia ou não do acesso ao atendimento das necessidades demandadas pelo usuário e rede social. Essa diversidade esteve presente na Emergência em que estivemos inseridos e se mostraram decisivas para o atendimento ou não das demandas que chegavam à unidade sob a insígnia da 'referência'.

A regulação entre níveis assistenciais – atenção primária/ secundária / terciária – se dava com muitas dificuldades, produção de barreiras de acesso e conflitos em relação às responsabilidades de cada serviço no cuidado prestado. Eram recorrentes a culpabilização e a penalização do usuário por não 'obedecer' ao fluxo assistencial prescrito, e isso se atualizava em conflitos na porta de entrada da Emergência e, muitas vezes, em recusa de atendimento. Tal recusa se expressava em orientação para que o usuário procurasse, sem nenhuma garantia de atendimento, outro hospital ou unidades da atenção primária de sua região.

A superlotação da Emergência, sobretudo nos boxes que funcionavam como enfermarias com alta taxa de permanência, era identificada como decorrente, primordialmente, de dois problemas: o fato de a Emergência do Huap ter que se ocupar de casos que poderiam ser resolvidos na atenção primária e a dificuldade de comunicação dos trabalhadores da Emergência com os chefes de serviço, levando à pouca flexibilidade na pactuação das internações e à prática da reserva de leitos pelas especialidades, o que, por sua vez, afetava diretamente a Emergência em seu processo de trabalho. Tal funcionamento produzia uma lógica de desresponsabilização, fosse por parte dos profissionais

envolvidos, fosse pela gestão da unidade. Muitas vezes a solução encontrada era o fechamento da porta de entrada do setor de emergência.

As dificuldades encontradas na coordenação dos processos de cuidado somavam-se, no caso da organização e do funcionamento da Emergência do hospital universitário, ao desinvestimento na formação médica da UFF no setor. O não enfrentamento da discussão coletiva quanto aos prós e contras da Emergência 'aberta' num hospital universitário, a não discussão de sua inserção e de pactuacões necessárias na rede de saúde municipal foram por nós entendidas como um ponto nevrálgico no trabalho do Huap.

Por se tratar de um hospital universitário, todas as especialidades médicas são filiadas, em última instância, aos professores responsáveis pelos serviços prestados, o que restringe a governabilidade dos gestores do hospital. Desse modo, produz-se uma divisão que gera dois modos de funcionamento no hospital: um funcionamento ligado ao SUS e, portanto, comprometido com a assistência, e outro comprometido com um tipo de formação que interessa a um hospital/emergência de portas fechadas.

A dificuldade de pactuação de leitos e vagas é emblemática dessa cisão intra-Huap. Para a assistência da Emergência a disponibilidade de leitos nas enfermarias é fundamental, visto que dela depende, ao menos parcialmente, o andamento do fluxo. Entretanto, de acordo com as diretrizes de uma formação à qual interessa atender apenas certos casos, criam-se 'donos' de especialidades que se outorgam o direito de reservar leitos. Em função desse impasse que impossibilita o diálogo com tal instituição-academia de modo geral, todas as frentes de trabalho que começavam um movimento nesse sentido se interrompiam. Foram muitas as tentativas de inserir os professores da medicina e da enfermagem nas rodas de discussão, entretanto muito poucas vezes obtivemos tal participação.

Cecílio (2002) analisa os principais desafios da gestão em hospitais e vê os hospitais universitários como um enorme desafio para o exercício gerencial. A organização da assistência e ao mesmo tempo dos processos de ensino e de pesquisa na unidade são fonte de enormes conflitos e tensionamentos oriundos da convivência, em um mesmo espaço, de atores com uma diversidade de "interesses e lógicas muitas vezes conflitantes (...), com seus peculiares e distintos graus de adesão a normas, rotinas e protocolos que se traduzem em ritmos,

prazos, formas de acesso e fluxos de pacientes, que tensionam, enormemente, o cotidiano das unidades assistenciais" (Cecílio, 2002: 7).

A lógica de funcionamento instituída é baseada numa verticalização da gestão, o que dificulta a apropriação do processo de trabalho pelo grupo e, por conseguinte, o enfrentamento desse tipo de situação por parte dos trabalhadores. Observamos ser esta uma prática recorrente no Huap, as pessoas/projetos 'desaparecem' conforme incomodam, sem muitas explicações ou discussões, o que nos leva a pensar se tal prática não seria um incentivo à baixa implicação/cogestão dos trabalhadores nos processos.

O que se evidenciava era o esvaziamento político-pedagógico da Emergência do Huap em seu duplo papel: serviço de saúde e instituição de ensino-pesquisa (instituição-assistência e instituição-formação). A riqueza de casos inerentes à Emergência coloca um problema para essa formação que se pretende especialista, pois, dado o perfil de seu usuário, é difícil enquadrá-la em uma especialidade médica.

Esse desinvestimento na Emergência era um analisador das disputas de sentidos que também ocorriam no campo da formação médica, fosse pelo grupo de professores que privilegiavam uma formação centrada em especialidades (hospital), fosse pelo grupo que defendia o foco da formação na saúde coletiva (rede de saúde), o que funcionava, no campo do ensino, como duas faces da mesma moeda, reforçando uma prática que privilegia o especialismo.[33]

Contudo, um dos perigos que corremos é o de, com a proposta de romper com as lógicas hospitalocêntrica e medicocêntrica que têm predominado nas práticas e processos de formação em saúde, abandonar o desafio de construir e incluir, por entre as especialidades, um *ethos* formativo generalista nas práticas do hospital. Quando se entende a integralidade como transversal ao conjunto de necessidades de saúde, deve-se considerar que as políticas de formação precisam acolher a heterogeneidade e a complexidade das diferentes práticas que se estruturam em unidades produtivas de cuidados para a saúde (Feuerwerker & Cecílio, 2007).

[33] Esse modo de relação estabelecida, por alguns, com o conhecimento acaba gerando a produção de um modo de trabalhar/formar que desqualifica o potencial de aprendizagem em um trabalho na Emergência.

O acolhimento como dispositivo de intervenção na gestão do cuidado na emergência do Huap

O cuidado hospitalar pode ser caracterizado, dentro de um quadro de crescente racionalização das práticas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros atos diagnósticos e terapêuticos realizados por diversos trabalhadores. Uma das maiores dificuldades do processo gerencial do hospital é, segundo Cecílio e Merhy (2003), coordenar, na perspectiva da integralidade, o conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos cuidadores individuais. O desafio que aí se coloca é o de evitar o equívoco sobre os sentidos de gestão, tradicionalmente aceitos como sinônimos de gestão meramente administrativa, no qual a produção de cuidado é vista como secundária e dependente das políticas de investimento gerenciais e corporativas. O cerne dessa questão é a produção do cuidado como eixo do processo gerencial hospitalar.

Foi na experimentação coletiva do enfrentamento desse desafio que o dispositivo do acolhimento foi se construindo na emergência do Huap como processo de 'passagem', diferente de um espaço físico, e não restrito a uma técnica. Um processo iniciado em 2004 por alguns profissionais do setor, que guardava um sentido inicial de local de recepção da demanda, e que, em parceria com o estágio desde 2005, foi se modulando e se transformando num potente catalisador de movimentos para dentro e para fora da unidade.

Destacamos aqui algumas das estratégias utilizadas na construção dessa diretriz que foram importantes no caminhar do nosso processo de intervenção na emergência: mapeamento do fluxo do usuário na unidade; levantamento e análise, pelos próprios profissionais da saúde, dos modos de organização do serviço e dos principais problemas enfrentados; construção de rodas de conversa, objetivando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas; identificação de profissionais sensibilizados para a proposta de acolhimento; tentativas de articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção; assinalamento constante da indissociabilidade entre a atenção e a gestão (modos de produzir saúde e modos de gerir essa produção).

Todas essas estratégias, em seus acertos e erros, funcionaram como agregador de práticas instituintes invisibilizadas e silenciadas, pois ampliaram o grau de comunicação intragrupos, até então segmentados por categorias profissionais ou preferências afetivas pessoais. O que foi ganhando a cena

foram as discussões voltadas para os processos e as condições de trabalho, os modos de construir o cuidado e sua gestão, produzindo em ato a necessidade de construção de redes de conversação e pactuações (internas e externas) para a integralidade do cuidado. Nada disso se deu sem tensões, enfrentamentos, desvios e algumas desistências no caminho.

O grupo responsável pelo acolhimento buscava, com muitas dificuldades, ampliar os sentidos instituídos que identificavam o acolhimento na porta como recepção, contenção e triagem da demanda. Esse grupo, multidisciplinar, produziu vários movimentos importantes, quais sejam: construção de rodas de discussão para análise do fluxo assistencial do setor e seus pontos de estrangulamento, criação de um processo de classificação de risco e protocolos de atendimento visando a romper com a lógica de atendimento por ordem de chegada nas filas de espera; busca de pactuações com outros setores do hospital e articulação com a rede externa. Entretanto, os processos de triagem que se burocratizavam e a baixa capacidade de articulação com as equipes internas, com os gestores e a rede faziam com que esse trabalho, muitas vezes, funcionasse como 'despachoterapia' para outras unidades da rede.

Tomar a gestão do acolhimento como elemento-passagem implica interrogar 'como' os processos de gestão têm regulado a vida nos processos de trabalho e nos encontros de produção de saúde (Neves & Heckert, 2010).

No ano de 2008, início de uma nova turma de estágio, nos deparamos com muitas incertezas em relação ao futuro da Emergência: fim dos contratos de trabalho dos terceirizados que compunham, nos últimos anos, a maior parte dos profissionais do setor; transferências de profissionais concursados para outros setores; muitos pedidos de licenças e elevado grau de adoecimento dos profissionais da Emergência; e acefalia, com a vacância do cargo de gestor do setor.

Percebemos, já nesse momento, o processo de insolvência do grupo do acolhimento na Emergência, situação que se agravava com as ordens de fechamento da sua porta de entrada, por decisão do grupo dirigente de transformar a Emergência do Huap, do dia para noite, em uma Emergência referenciada. Tudo isso produzia muitos atritos com a população, que buscava atendimento na Emergência e nada sabia sobre esse novo funcionamento do setor; entre os profissionais, que foram apenas comunicados pelas chefias; e com as outras instâncias da rede, que continuavam indicando a Emergência do Huap para atendimento.

O setor podia funcionar de acordo com essa "referenciação", que naquele momento significava indicação de atendimento na Emergência desde que uma primeira unidade de saúde antes procurada enviasse um "papelzinho" comunicando a impossibilidade de atendimento e indicando de modo específico a procura do hospital. Mas podia funcionar também "atendendo" à demanda que surgia como emergência aberta. Além disso, a cada plantão o perfil de atendimento mudava, sempre dependendo do chefe de equipe, ou de algum profissional com maior governabilidade para assumir os atendimentos. Muitos dos usuários conseguiam o atendimento diretamente com o médico, dependendo do "estado de humor" e da "boa vontade" daqueles que ouviam as queixas. Outros diziam que só seriam atendidos no Huap "pacientes referenciados".

O que se evidenciava era a criação de mais uma barreira para o acesso do usuário ao cuidado, a existência de fluxos de acesso informais e paralelos e o acionamento de estratégias do usuário e de sua rede social na 'sensibilização' dos profissionais da porta para a entrada na Emergência, com ou sem o "papelzinho". A cada plantão configurava-se um novo percurso para o acesso, ou seja, novas práticas, novas sensibilidades, novos focos de ações e muitos desentendimentos e (des)assistência (Barros *et al.*, 2009).

Na impossibilidade de conversas entre o grupo dirigente e os profissionais envolvidos no setor e percebendo o desconhecimento de grande parte dos trabalhadores a respeito do que seria um processo de referenciação, inventamos um dispositivo[34] que possibilitasse ativar processos mais coletivos de discussão e retirasse os trabalhadores de um estado de paralisia que ia se produzindo na Emergência. Montamos um dispositivo-grupo com os profissionais do setor, aberto a outros setores, para entendermos "o que era um processo de referenciação", suas regulamentações, regulações e necessárias pactuações com a rede locorregional.

No processo de discussão esse grupo foi se ampliando, outros profissionais do hospital quiseram participar e a eles se juntaram alguns líderes do sindicato dos servidores da UFF, alguns professores do Instituto de Saúde da Comunidade e representantes de usuários do Conselho Municipal de Saúde

[34] Benevides (1997), ao desenvolver a noção de dispositivo proposta por Foucault, acena para seu caráter ativo, lembrando que, no dicionário, dispositivo é definido como aquilo que contém disposição. No contexto do trabalho grupal, o estar em contato com o outro pode produzir movimentos inesperados "porque é o desconhecido – como experiência e modo de experimentar – percorrendo as superfícies dos encontros" (Benevides, 1997: 188).

(CMS). Esse dispositivo produziu movimentos muito interessantes entre os profissionais, algumas participações do grupo em reuniões do CMS e a ativação de parte do grupo do acolhimento na porta buscando acompanhar e construir de modo mais coletivo e pactuado o fechamento à demanda 'espontânea', convocando inclusive o grupo gestor da unidade para esta discussão. Contudo, também ativou forças conservadoras que viam nesse debate linhas de questionamentos ao modo verticalizado e hierarquizado de comunicação que ganhava força nas práticas da nova gestão da unidade. Esse trabalho foi interrompido por uma nova leva de transferências de profissionais para outros setores e novos pedidos de licença médica em função de "adoecimentos de alguns profissionais".

Desdobrou-se, daí, uma solicitação, por parte dos que permaneceram no setor, para ajudar na análise dos casos de usuários que acessaram o serviço e estavam nos boxes com alta taxa de permanência. O dispositivo-grupo produzia ressonâncias, contágios e movimentos para além e aquém de seu arranjo formal, grupo de discussão sobre referência. Os efeitos de ativação de coletivo, de produção de uma "rede quente" (Passos & Barros, 2000), se mostraram potentes e nos levaram a criar, de outro lugar e de outro modo, uma metodologia de acompanhamento do cuidado.

Nossa prática nos levou a perceber que o processo de intervenção está repleto de imprevisibilidades e é atravessado por diversas linhas de saber, poder e subjetivação que nos obrigam, em alguns momentos, a redefinir, a repactuar e a dispor de outras formas de realização do trabalho de intervenção.

Essa variabilidade, intrínseca aos processos da vida e do viver, diferentemente de serem tomadas como negativas, são a matéria micropolítica que se tece e com a qual somos tecidos em nossas intervenções. São processos que convocam em nós deslocamentos, desassossegos, abertura a outros sentidos e mutação subjetiva. Experimentações de passagens no 'entre' os processos constituídos da realidade, em seu fazer-se como índice de variação intensiva e criação (Neves, 2004).

A metodologia do acompanhamento do cuidado

O que nos interessava no acompanhamento do cuidado realizado era, além de conhecer os modos de acesso à emergência e os fluxos assistenciais demandados e realizados com os usuários no boxe, a possibilidade de intervir no campo de tensões que se produzia entre ações de cuidado, que marcavam

o 'autogoverno' do trabalhador como um processo fragmentário e sem responsabilização (individualista), e ações de autonomia[35] inventivas de outras normatividades nos processos de cuidado. Desse modo, compreendemos queos processos de cuidado implicam um plano relacional de mútua afetabilidade e requerem, nos diferentes encontros, "uma escuta norteada por uma ética, um cuidado praticado como acolhimento incondicional à vida, à diferença, à singularidade radical, escuta da ordem dos afetos e não somente do saber, da razão, do conhecimento" (Dimenstein, 2007: 43).

Como era o desenho dessa metodologia do acompanhamento?

Procurávamos realizar idas diárias à emergência, sempre em duplas, para acompanhar alguns usuários. Entendíamos que era importante a questão do vínculo. Garantíamos em nossa escala do grupo que cada um de nós estivesse presente por pelo menos dois dias consecutivos, para assegurar a construção/manutenção do vínculo com o usuário e sua rede familiar.

Como era feita a escolha da amostra?

Os usuários acompanhados eram escolhidos inicialmente com auxílio da coordenadora da porta de entrada e, no decorrer do processo, com a parceria dos próprios trabalhadores da emergência.

Para realizarmos esse acompanhamento procurávamos seguir a indicação dos 'casos' com base em dois critérios: usuários que estavam há mais tempo 'internados' no boxe da emergência, sem acesso a leitos nas enfermarias de especialidades ou sem possibilidades de transferência para outras unidades da rede, e aqueles usuários com quadros clínicos mais complicados, e que, por conseguinte, permaneceriam por mais tempo na unidade por demandarem cuidados mais intensivos. Os usuários eram acompanhados desde a sua entrada no setor até o momento em que saíam do Huap, o que possibilitou a passagem do trabalho do acolhimento da porta para o Setor de Emergência e às enfermarias de especialidades.

---

[35] Etimologicamente, autonomia significa o poder de dar a si a própria lei, *autós* (por si mesmo) e *nomos* (lei). Não se entende esse poder como sinônimo de autossuficiência. Diferentemente disso, autonomia implica a ativação de potências inventivas de normatividades, modos coletivos de lidar com as imprevisibilidades e infidelidades do meio. Autonomia é oposta a heteronomia, que, em termos gerais, é toda lei que procede de outro, *hetero* (outro) e *nomos* (lei).

Intervenção do método de acompanhamento na realidade do cuidado no serviço

Com nosso arranjo de escala, buscávamos interferir na fragmentação dos processos de cuidado típicos dos funcionamentos por rodízios de plantões com ausência de uma equipe de referência responsável horizontalmente pelo cuidado do usuário e da rede social. A nosso ver, isso era decisivo para a resolutividade dos casos, ou seja, a presença de um profissional com essa responsabilidade para fazer a gestão do cuidado e garantir a continuidade e o acompanhamento das ações na emergência articulando as necessidades dos usuários e a da equipe como um todo.

As informações sobre cada usuário acompanhado – o que e como foi feito, o que era necessário acompanhar – entre outras coisas, eram registradas e repassadas para a dupla seguinte. Cada ação se fazia numa relação de continuidade com as anteriores, de forma a não reproduzir a fragmentação no processo de acompanhamento e a investir na construção de vínculos com os usuários e entre a própria equipe.

Como trabalhar as informações e os dados recolhidos, e a serem desdobrados, de modo claro e objetivo sem perdermos o viés de sua análise como processo? Como não nos perdermos no intenso fluxo de usuários, informações, decisões e tarefas que faziam parte da Emergência do Huap? Construir nessa experimentação um processo de cogestão do acompanhamento implicou o desafio cotidiano de criar uma sintonia e afinação na equipe do estágio. Esse processo não foi em nada trivial e isento de tensões e deslocamentos subjetivos. Esse modo de fazer nos convocava a experimentar em ato as dores e as delícias da construção de práticas coletivas, tantas vezes presentes nas falas dos trabalhadores da equipe da Emergência.

O desafio que se colocava era o de sustentarmos as tensões e os conflitos, referentes à responsabilização, à socialização da comunicação e aos efeitos advindos de nossos modos de fazer e de estar nas intervenções, como matéria de análise. Como suportar, como sustentar as tensões, extraindo delas matéria de análise coletiva dos processos sem, contudo, nos destruirmos? Como lidar com os efeitos de nossas intervenções sem individualizar e sem buscarmos culpabilizar uns aos outros?

O que buscamos destacar nos casos acompanhados com essa metodologia

A construção dos itens do acompanhamento focalizou dados e informações que pudessem nos ajudar na análise dos processos produtores de fragmentação do cuidado, nos modos de gestão do cuidado no serviço, na análise dos modos de fazer o cuidado intra e interequipes da unidade e na análise dos fatores que levavam ao aumento da taxa de permanência dos usuários no boxe da Emergência e nos leitos das enfermarias.

Em cada caso, indicávamos: a) data da entrada na unidade; b) tempo de permanência do usuário no hospital; c) sua queixa principal; d) o processo de cuidado (procedimentos, indicações); e) identificação, por parte do usuário/rede social, da equipe responsável pelo seu cuidado; f) saída desse usuário do hospital; g) dados do usuário: idade, residência.

Após esse registro colhido nos prontuários, ou diretamente com os trabalhadores nos casos de ausências de dados ou de outras situações referentes aos usuários acompanhados, nos apresentávamos aos usuários/rede social e conversávamos com eles sobre a forma de entrada no hospital, o modo como se deu o acesso pela porta da Emergência (dificuldades, facilidades, por quem foi recebido etc.), como se sentiam, o que havia acontecido com ele e sobre o que emergisse como tema nos encontros. Além disso, acompanhávamos o fluxo de procedimentos assistenciais realizados e por realizar.

Trouxemos um extrato de dois 'casos' que foram acompanhados pela equipe do estágio e entendemos ser importante apresentá-los da mesma forma como constam do relatório do estágio. Os nomes utilizados são fictícios.

Optamos por manter a denominação 'caso' por entendê-la como contingência de um momento da vida, e um caso é apenas um dentre os muitos nos quais algo pode se desdobrar e se 're-contar'.

CASO MAFALDA

Residência: Ingá, Niterói.

Idade: 76 anos.

Entrada na Unidade: 15/07/08 às 18h07min. Usuária encaminhada pelo CPN (Hospital Municipal Carlos Tortelli – antigo CPN) com queixa de dor abdominal e náuseas há cerca de duas semanas; no encaminhamento falava-se de cálculo vesicular; deu entrada na Emergência com a indicação para procedimentos cirúrgicos.

Motivo do Atendimento: Mal-estar geral.

Processo do Cuidado: Mafalda entrou na Emergência no dia 15/07, domingo, e logo foi para o boxe. Houve uma indicação de endoscopia para verificar diagnóstico de câncer de intestino no dia 15/07 (domingo) feita por um clínico. No dia 16/07, quando começamos a acompanhá-la, a usuária estava em jejum desde o dia anterior para fazer a endoscopia e no meio do dia ainda não havia sido levada para a realização do exame; além disso, não havia nenhum pedido do mesmo. Fizemos contato com um médico residente que estava no boxe, que a atendeu pela primeira vez e então ficou de prescrever o exame. Ele assistiu a usuária e fez um relato detalhado no prontuário. Conversamos com Mafalda e sua filha, que estava no corredor.

No segundo dia de acompanhamento, vimos que o residente que havia atendido a usuária sugeriu no prontuário TC (tomografia computadorizada) de abdômen com contraste + endoscopia intestinal + novo raios X de tórax + parecentese diagnóstica. Havia suspeita de que a paciente sofresse de um tumor no cólon com metástase. A paciente foi liberada, nesse dia, para uma dieta líquida pastosa, e foi vista por uma médica da cirurgia geral. Ainda nesse segundo dia, acompanhamos a realização da EDA (endoscopia digestiva alta), que aconteceu no 3º andar da Emergência. Mafalda foi levada pelo maqueiro e fomos com ela e sua filha até o referido setor. Ficamos aguardando junto com sua filha do lado de fora. O laudo do exame saiu na hora e foi colocado pelo maqueiro no prontuário da usuária.

No terceiro dia de acompanhamento (20/07), vimos que havia uma colonoscopia prescrita para Mafalda. Ao verificar se havia sido marcada, vimos que só havia o papel com o pedido de exame na caixa dos exames, mas que, conforme nos disseram, era o médico que deveria marcar diretamente com o residente do setor que faz o exame. Já era de tarde e não haviam passado visita na usuária ainda. Perguntamos a um médico

que estava lá, que depois descobrimos ser o chefe de plantão do dia, e ele disse que era só levar o papel no setor que faz a colonoscopia. Depois de perguntar a muitos profissionais como era o procedimento, e de recebermos várias informações diferentes, fomos ao setor que faz o exame e nos foi informado que realmente só o médico pode marcar aquele tipo de exame, devendo fazê-lo diretamente no 3º andar, pela manhã. Como já era sexta-feira à tarde, o exame só poderia ser marcado na semana seguinte, na segunda-feira.

Nesse dia, não foi passada visita na usuária. Perguntamos se havia alguma forma de deixar escrito para a equipe de segunda, ou para o médico que fosse passar visita, que o exame ainda deveria ser marcado. Ninguém sabia dizer, não há esse costume. Na segunda seguinte, observamos que havia um caderno junto com o das altas em que se anotam intercorrências, observações sobre o plantão. Talvez esse pudesse ser um meio de passar informações desse tipo.

Falamos com um médico plantonista, que nos disse que estava olhando os casos mais graves e que tinha muitos usuários para ver. Pedimos que ao menos deixasse escrito no prontuário de Mafalda para que o médico da segunda marcasse o exame. Ele deixou o prontuário separado, mas nada escreveu.

Conversamos novamente com Mafalda e sua outra filha, que nada sabiam sobre o que iria acontecer ou o que estava faltando fazer.

Na segunda-feira, dia 23/07, pegamos algumas informações que haviam sido registradas das visitas do final de semana e constava que a colonoscopia ainda estava sendo aguardada. Estávamos olhando o prontuário da usuária, quando ouvimos que os profissionais que estavam no boxe falavam de seu caso. Fomos falar com eles, e um médico pegou o prontuário para ler: ele viu toda a evolução do quadro de Mafalda, nos perguntou algumas coisas e foi atendê-la. Foi passada uma SNG (sonda nasogástrica) dando saída a 650 ml de secreção de estase gástrica. Ajudamos o médico nesse procedimento fornecendo os materiais que ele nos pediu. Ele nos falou que a usuária apresenta um quadro clínico de tumor de cólon e que provavelmente houve uma suboclusão, o que impedia a usuária de comer e a fazia vomitar. Quanto à colonoscopia, o médico nos disse que não valia mais a pena esperar para fazer tal exame, que era preciso que a usuária fosse operada. Foi indicada então uma laparotomia exploradora e solicitada uma sala no centro cirúrgico.

Conversamos com o filho de Mafalda e sua nora, e eles nos disseram que o médico conversou com eles sobre a cirurgia e os riscos que a usuária corria. O filho ficou bastante mobilizado e foi falar com a mãe, com medo de não se despedir dela.

A cirurgia foi realizada no dia 23/07 (dia em que ela foi encaminhada para o centro cirúrgico). O diagnóstico dado foi de carcinomatose peritoneal. Conversamos com a usuária, que estava na enfermaria do 3º andar, ela parecia muito debilitada. Disseram que estava fora de possibilidades terapêuticas.

Identificação por parte do Usuário e da Rede Social dos Profissionais que Cuidam e Informações sobre o Cuidado: Notamos que Mafalda e suas acompanhantes (no caso, suas duas filhas) não sabiam o nome de nenhum dos profissionais que atenderam a usuária e que as informações sobre o processo de cuidado não ficavam claras para elas. Já na Enfermaria, a filha relatou que o médico falou que a mãe não teria possibilidade de cura e que ela não viveria por muito tempo.

Saída da Emergência: Mafalda foi transferida inicialmente para o centro cirúrgico, onde foram realizados procedimentos que pudessem verificar o que estava se passando em seu abdômen. Depois da operação, foi transferida para a enfermaria do 3º andar (CCF, Clínica Cirúrgica Feminina) e depois para o 7º andar, juntamente com todos os usuários da enfermaria.

Tempo de permanência na Emergência: oito dias no boxe feminino da Emergência.

CASO L.H.S.

Residência: São Francisco – Morro do Cavalão, Niterói.

Idade: 18 anos.

Entrada na Unidade: 08/05/08, trazido pela polícia.

Motivo do Atendimento: fratura na perna ocasionada por arma de fogo.

Processo do Cuidado: L.H.S, de 18 anos, chega ao boxe da Emergência, vindo do setor de trauma, com indicação de permanência na Emergência para acompanhamento dos curativos de sua perna, que havia sido baleada no dia anterior. A equipe da Emergência ainda não havia conversado com o paciente sobre o seu quadro. Apenas referiram-se a uma secreção purulenta que saía de seu ferimento na perna direita. Ainda aguardavam o médico. Ao ser perguntado sobre sua alta, L.H.S. informou que não queria sair do hospital. Obviamente, ao sair do hospital iria para a penitenciária. Ao ser perguntado sobre sua vida e família, respondeu que morava no Morro do Cavalão em cima do túnel

de São Francisco com sua mãe, o padrasto e mais três irmãos, e que tinha mais um que não morava com ele. Sua mãe é empregada doméstica. Quando indagado se recebia visitas da família, informou que os guardas, às vezes, não os deixavam entrar. Contudo dizia querer muito estar com eles. Nesse dia estavam presentes uma estagiária de psicologia e uma do serviço social, representando o estágio multidisciplinar. Conversamos sobre a proibição das visitas e, intrigados, fomos averiguar essa questão. Primeiramente, fomos até os guardas. Um dos policiais presentes na Emergência disse de forma muito ríspida que "preso é preso, e paciente é paciente" e que só havia três policiais para cinco presos, então, caso um guarda estivesse à disposição, o "preso-paciente" poderia receber visitas. Entretanto, isso não ocorreria no horário normal de visita. O receio era de que os familiares se aproveitassem da quantidade de pessoas e ameaçassem alguém para libertar o custodiado. Os vigias têm ordens dos policiais de que preso não recebe visita. A partir dessa conversa fomos buscar algumas informações no serviço social da Emergência. A responsável nos informou não saber como era prevista a questão da visitação de pacientes sob custódia policial. Achamos ainda necessário buscar dentro do Huap outras informações, e por isso fomos ao gabinete da diretoria e conversamos com o secretário, que nos informou que não havia nenhuma proibição ou restrição à visitação de presos no hospital. Ele achava que os presos tinham esse direito desde que os visitantes fizessem uma revista, e disse que iria conversar com o diretor médico. Pediu que voltássemos no dia seguinte.

No dia seguinte, antes de falarmos com o L.H.S., a médica plantonista, muito seriamente, relatou-nos que o paciente havia exigido os seus direitos de visitação, pois duas meninas da psicologia o haviam informado de seus direitos. Ela nos explicou como essa situação é complicada dentro de uma Emergência aberta, caso desse hospital. Se ocorresse uma visita e um familiar levasse uma arma branca ou de fogo, todos da equipe estariam em risco de morte. Ninguém se sente confortável com a presença de um custodiado no hospital. O lugar dele seria dentro do hospital penitenciário, devido à segurança própria do local para essa situação, mas não havia vagas lá. Em supervisão, conversamos sobre esse caso. Chegamos à conclusão de que como já havíamos encaminhado essa questão sobre a visitação ao gestor responsável e ao serviço social, restava-nos continuar o acompanhamento dos cuidados com ele considerando outros aspectos, ou seja, os cuidados dispensados aos seus ferimentos e as suas demandas dentro da Emergência.

O paciente, sempre que perguntado sobre seu estado físico, reclamava de dores no dedão do pé. Perguntávamos se ele falava sobre isso com os médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares ali presentes. Ele respondia sempre afirmativamente e disse que ninguém resolvia esse problema. Procuramos, então, o médico de plantão, que

foi examiná-lo. Ele informou que possivelmente seria uma artrite, e pediu-nos para falarmos com o ortopedista. Procuramos o ortopedista, mas não o encontramos. L.H.S. também reclamava do seu ferimento, mais precisamente da secreção que saía deste (havia em sua perna uma abertura profunda causada pelo tiro de fuzil). O mesmo médico pediu uma avaliação do cirurgião, que, mesmo com a solicitação feita por outro médico, reclamou bastante dizendo que não era mais hora pra isso (eram 16h30min e o plantão termina às 18h), examinou rapidamente a ferida e disse que não havia nada. Outra médica, ao ver esse procedimento, informou ao cirurgião que a secreção não era superficial. Diante do olhar e da expectativa de todos, o médico examinou novamente o paciente, colocou carvão ativo em sua ferida e explicou que aquilo absorveria a secreção. Pedimos ao médico plantonista que escrevesse no prontuário que L.H.S. necessitava de um parecer da ortopedia.

No dia seguinte, averiguamos o prontuário e vimos que nem o procedimento com o carvão ativo, nem o pedido para um parecer da ortopedista havia sido relatado. Em seu prontuário, encontramos uma indicação de avaliação de um cirurgião plástico, mas ele ainda não havia passado visita. Um dia, um cirurgião plástico apareceu para ver outro paciente e, então, questionamos sobre o exame em L.H.S., ao que ele informou que não sabia que o paciente esperava o parecer da cirurgia plástica. O cirurgião disse que voltaria lá no dia seguinte, mas não encontramos registros de sua ida no prontuário.

Uma semana depois, em nossa busca incessante, encontramos um ortopedista na Emergência. Informamos sobre as dores no dedão, e ele disse que iria averiguar, mesmo sabendo que esse era um caso de fisioterapia. O paciente, por estar muito tempo em cima de uma cama, algemado, não se movimentava, o que ocasionava essas dores. Ele relatou que não há fisioterapia na Emergência, afinal nesse local pacientes só deveriam permanecer por no máximo 72 horas, e L.H.S. já estava ali havia mais de um mês. Novamente, não encontramos registro no prontuário da visita desse médico. Entretanto, ao conversamos com o paciente posteriormente, ele nos relatou que estava movimentando a sua perna e o seu dedão do pé, pois uma médica o havia informado que a dor que sentia devia-se à falta de movimentação dos membros inferiores. Ele nos informa que agora seu dedo já não doía mais.

L.H.S. ficou na Emergência durante muito tempo, mesmo já tendo recebido alta de todas as especialidades, pois ainda necessitava de cuidados em seu ferimento. Seu problema consistia em uma vaga no hospital penitenciário, que continuava lotado. Os dez dias de acompanhamento, a que nos havíamos proposto, estavam findos, e então retiramo-nos momentaneamente de cena para processar os dados coletados. Quando retornamos para nova coleta após um mês, L.H.S. não se encontrava mais lá.

Na análise dos casos acompanhados destacamos, a seguir, alguns pontos críticos que repercutiam diretamente na qualidade da gestão do cuidado na Emergência do Huap.

Exames. As prescrições feitas nos prontuários muitas vezes não consideravam os procedimentos descritos anteriormente, operando uma cisão entre o que se fez, o que se estava fazendo e o que seria preciso fazer. Não havia um projeto terapêutico para os usuários e suas necessidades de saúde, o que estava em funcionamento era um conjunto fragmentado de procedimentos realizados, ou indicados, sem conversa entre os profissionais envolvidos. Isso inviabiliza um cuidado mais integral e a definição de encaminhamentos necessários para cada caso. Tal funcionamento fragmentado e individualizado se evidenciava na falta de comunicação para a continuidade do cuidado entre os diferentes plantões, fazendo com que muitos exames fossem prescritos e sequer marcados, o que trazia prejuízos na resolutividade dos casos, pois alguns encaminhamentos dependiam dos resultados dos exames. Tudo isso influenciava negativamente, ocasionando o aumento do tempo de permanência nos boxes da Emergência e implicando gastos desnecessários com exames que sequer eram vistos pelos diferentes profissionais que 'passavam' pelos atendimentos.

Marcação e entrega de resultados. Notamos que inúmeras vezes os pedidos e os resultados de exames se perdiam no caminho entre a Emergência e os setores laboratoriais. Havia também um desconhecimento, por parte de alguns trabalhadores, da forma de marcação de certos exames – por exemplo, a colonoscopia, que só poderia ser marcada presencialmente por um médico. Isso fazia com que frequentemente os pedidos desses exames permanecessem nos boxes sem que fossem marcados, passando despercebidos pelos plantões seguintes. Ao mesmo tempo, nas equipes de plantão que assumiam a responsabilização pelo cuidado, havia solicitação de antecipação de exames nos casos de maior vulnerabilidade e a busca ativa pelos resultados visando à agilização da terapêutica.

Registros. No prontuário dos pacientes deveriam ser registrados todos os procedimentos realizados. Todavia, percebíamos que isso algumas vezes não ocorria. Os exames solicitados levavam dias para serem feitos e algumas vezes não eram realizados. Da mesma forma, alguns procedimentos, apesar de efetuados, não eram anotados, o que fazia com que não houvesse horizontalidade

no processo do cuidado.[36] Afinal, o plantonista que chegasse no dia seguinte não saberia como o plantonista do dia anterior havia procedido.

Encaminhamentos. Na maior parte dos casos não havia registros de como se deu a alta, para onde e como o usuário foi encaminhado. Percebemos também que não havia um protocolo ou rotina, para o usuário e seus acompanhantes, quanto às orientações sobre os cuidados que teriam que ser continuados em casa ou mesmo em outras unidades da rede de saúde.

Contato com as especialidades (questão dos pareceres). Foi percebida uma dificuldade na pactuação entre a emergência e algumas especialidades na passagem de visitas e de respostas aos pareceres solicitados, em que pese o fato de que algumas especialidades respondiam rapidamente às solicitações. Por parte de alguns profissionais da Emergência, mais notadamente da enfermagem, eram utilizadas estratégias para agilização do cuidado, tais como o reenvio diário dos pedidos de pareceres e a reiterada solicitação aos médicos especialistas de visitas aos usuários.

Pactuação entre a Emergência e outros serviços (serviço de oncologia – Cacon) com o restante do Hospital. Notamos a falta de pactuação entre a Emergência e o serviço de oncologia, no que se refere à garantia de leitos de retaguarda no Huap, ou em outras unidades, que se responsabilizassem pelo cuidado dos pacientes oncológicos.

Relação entre a gestão da Emergência e a gestão que os trabalhadores fazem no dia a dia. Percebemos pouco diálogo entre os modos de gestão cotidianos postos em ação pelos trabalhadores e os modos de gestão oficiais. Como incluir as estratégias/denúncias criadas pelos trabalhadores (como no caso dos pareceres, dos muitos registros de falta de medicamento por meio de 'rodelamentos' ou de avisos de aparelhos de exames quebrados ou em mau funcionamento) na agenda dos gestores? Como fazê-los sair do papel?

Continuidade do cuidado. A ausência de um médico diarista ou de uma equipe de referência reforça um processo de trabalho fragmentado e pouco horizontal. Quem é responsável pela continuidade do cuidado? De que forma e com que instrumentos são registradas as diferentes condutas e

[36] Lógica transdisciplinar de acompanhamento do cuidado em saúde que atravessa especialidades, setores e unidades visando a um cuidado integral, não parcelarizado, nas práticas de produção de saúde.

encaminhamentos? Pudemos acompanhar, através dos casos, um alto índice de evasão de pacientes em atendimento. Casos em que o usuário vai embora, e ninguém sabe quem o atendeu ou se foi feito algum encaminhamento para acompanhamento do caso, e outros casos em que sequer se sabe por que o usuário foi embora.

No trabalho de acompanhamento pudemos compartilhar, em ato, com os profissionais da saúde, nossas observações sobre o processo de gestão do trabalho e do cuidado que estávamos acompanhando e, quando possível, participamos das intervenções resultantes desse trabalho. Os casos e as análises foram apresentados em reunião com gestores da emergência, trabalhadores do setor e alguns trabalhadores das enfermarias que solicitaram participação. Interessava-nos, mais do que descrever o que aconteceu, colocar em análise o percurso, o 'como se fez', e os movimentos que foram produzidos nas tomadas de decisão ao longo dos processos e na construção dos modos de gestão do cuidado que acompanhamos.

Nas discussões e nas diferentes estratégias pensadas a partir da apresentação do acompanhamento, foram sinalizados os movimentos que se produziram para além e aquém do acompanhamento do cuidado, as redes que se criaram a partir dos 'casos' entre os profissionais e entre estes e os usuários. Destacou-se também a compreensão encarnada, por nós e por eles, do que sinalizávamos em diferentes momentos da intervenção: mudar os processos de assistência, produzir acolhimento nas práticas de produção de saúde implica problematizar os processos de trabalho, os modos de gestão do cuidado, e isto se faz num campo de tensões que convoca novos fazeres, novos saberes e a inclusão dos movimentos e diferentes sujeitos envolvidos. Pois a saúde é um "campo de negociação cotidiana e permanente para tornar a vida viável" (Athaíde & Neves, 1998: 32).

Do Desafio de se Manter Permeável às Interpelações do Cotidiano nas Práticas em Saúde

Experimentar os dilemas atuais desse sistema público de saúde, suas diferentes práticas de enfrentamento, suas perversões e invenções nos fez entender que os processos de formação em saúde não podem estar apartados dos modos pelos quais o SUS se faz presente no cotidiano das práticas de cuidado e gestão. A inclusão dos movimentos, em suas interpelações cotidianas nas

práticas de produção de saúde, implica a produção de um agir em saúde que se afirma na construção de processos de cogestão, no incentivo a um maior grau de comunicação e ativação de protagonismo e autonomia dos sujeitos.

Podemos destacar, nessa experimentação, o esforço coletivo das equipes de estágio, em parceria com os trabalhadores da Emergência, para buscarem respostas e modos outros de enfrentamento do que escutávamos serem barreiras intransponíveis durante o acompanhamento. Entretanto, foram essas mesmas barreiras que serviram de matéria de análise a respeito da complexidade que envolve o trabalho em saúde e suas necessárias inflexões tanto no campo de intervenção quanto em nossas práticas em psicologia. Experimentá-las nos fez alargar a nossa percepção para a análise dos diferentes vetores que as atravessam, produzindo agenciamentos e conexões com modos de cuidar, trabalhar e gerir que se atualizavam no cotidiano do serviço de saúde. Todo esse processo contribuiu decisivamente em nossa formação psi, tendo em vista que vivenciamos em ato, no cotidiano da Emergência do hospital universitário, os desafios da construção de um *ethos* transdisciplinar no qual os diferentes saberes sofrem momentos de contaminações recíprocas, alteram suas fronteiras instituídas e transitam na ousadia de "transformar para conhecer".[37]

Conhecer a história do SUS, tramada junto às lutas de movimentos sociais em prol da democracia e da participação social, assim como suas legislações, não basta. É preciso encarnar esses conhecimentos com as práticas que na atualidade produzem o SUS, atentar para seus efeitos/produções nas vidas de usuários e trabalhadores e para os movimentos que sinalizam rupturas com práticas de empobrecimento do vívido (potências singulares) da vida. Trata-se, então, de uma aposta no SUS como obra aberta, cujo inacabamento produtivo lhe é constituinte e consonante com os movimentos da vida em sua processualidade e em suas metamorfoses.

O estágio curricular em psicologia social-institucional funcionou, para muitos alunos, como uma 'porta de entrada' para o campo da saúde pública, marcando um processo de formação em saúde transformador e potente, que nos provocou e continua a nos provocar, seja na área acadêmica, seja na 'ponta' dessa arena de embates nas quais se tecem as lutas diárias que constituem o campo da saúde pública. Pois é no 'entre' os saberes que a

[37] Máxima da análise institucional socionalítica utilizada por René Lourau (1997) para se referir à radicalidade da experimentação produzida pelos acontecimentos da década de 1960.

invenção se torna possível, "é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível" (Benevides, 2005: 23).

Referências

ATHAYDE, M. & NEVES, M. Y. Saúde, gênero e trabalho na escola: um campo de conhecimento em construção. *In*: BRITO, J.; ATHAYDE, M. & NEVES, M. Y. (Orgs.). *Saúde e Trabalho na Escola*. Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz, 1998.

BARROS, M. E. B & BARROS, R. B. Da dor ao prazer no trabalho. *In*: SANTOS FILHO, S. B. & BARROS, M. E. B (Orgs.). *Trabalhadores da Saúde: Muito prazer!* Ijuí: Editora Unijuí, 2007, v. 1.

BARROS, R. A. *et al.* Relatório de Estágio de Psicologia da Universidade Federal Fluminense no Huap (Hospital Universitário Antônio Pedro). Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2009. (Mimeo.)

BENEVIDES, R. Dispositivos em ação: o grupo. *In*: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura*, n. 6. São Paulo: Hucitec, 1997.

BENEVIDES, R. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia e Sociedade*, 17(2): 21-252, 2005.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17): 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

CAMPOS, G. W. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (4): 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. *Um Método para Análise e Cogestão dos Coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, R. & FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(1): 41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. *Espaço para a Saúde*, 1: 4-26, 2002. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/pensandonovosmodelos.htm>. Acesso em: 10 maio 2010.

CECÍLIO, L. C. O. & MERHY, E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. 2003. (Mimeo.) Disponível em: <www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1972.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade. *In*: DELEUZE, G. &GUATTARI, F. (Orgs.). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v. 3.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1): 53-81, 1998.

DIMENSTEIN, M. Micropolíticas dos afetos: reinventando a participação e o controle social em saúde. *In*: DIMENSTEIN, M. *Psicologia e Saúde: desafios às políticas públicas no Brasil*. Vitória: Edufes, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. & CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 965-971, 2007.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade – O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GUATTARI, F. *Psychanalyse et Transversalité*. Paris: Maspéro, 1972.

GUATTARI, F. Psicanálise e transversalidade. *In*: GUATTARI, F.*Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUATTARI, F. Entrevista. *In*: GUATTARI, F. *et al.* (Orgs.). *La Intervención Institucional*. México: Plaza y Valdés, 1987.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

HECKERT, A. L C. & NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. *In*: PINHEIRO, R. *et al.* (Orgs.). *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj, Abrasco, 2007.

HYPPOLITO, A. O. & MOTTA, M. G. Rede e Atenção Básica de Niterói. Palestra proferida em encontro com estudantes de residência médica em Saúde da Comunidade. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2008. p. 1-15. (Mimeo.)

LOURAU, R. *et al. El Análisis Institucional*. Madri: Campo Abierto, 1977.

MACHADO, S. P. & KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil.*Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 871-877, 2007.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. *In*: CECÍLIO, L. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo:Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. & FRANCO, T. Trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F(Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2006.

MERHY, E. E. & ONOCKO CAMPOS, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MONTEIRO, M. Hospital Universitário Antônio Pedro, 30 anos. Folheto, s.d., s.l., s.e., c. 1981 (Catalogado na Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFF sob o nº F19).

NEVES, C. A. B. Modos de interferir no contemporâneo: um olhar micropolítico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 56: 2-20, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>. Acesso em: 2 jan. 2010.

NEVES, C. A. B. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8): 1.953-1.955, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20. mar. 2012.

NEVES, C. A. B. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4): 817-819, 2011.

NEVES, C. A. B. & HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10: 151-168, 2010.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.

PASCHE, D. & PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate*, 34(86): 423-432, jul.-set. 2010.

PASSOS, E. & BENEVIDES, R. D. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(1): 71-80, 2000.

PÉLBART, P. P. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

SIDNEY, W & SANCHES, A. Hospitais universitários agonizam por falta de recursos. *Revista Adusp*, 7: 6-17, 1996. Disponível em: <www.adusp.org.br/revista/07/Default.htm> Acesso em: 20 maio 2008.

SILVA, J. A. G. *et al.* As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói/RJ. *Cadernos da Abem*, 2: 49-53, 2006.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde*, 3(1): 9-30, 2005.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 1997.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. *In*: PELBART P. P. & COSTA, R. (Orgs.). *Cadernos de Subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003.

.

Formato: 16 x 23 cm
Tipologia: Calibri e Goudy Old Style
Papel: Polen Bold 80g/m^2 (miolo)
Cartão Supremo 250g/m^2 (capa)
CTP, impressão e acabamento: Imos Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, outubro de 2013

Não encontrando nossos títulos em livrarias,
contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Av. Brasil, 4036 – térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
www.fiocruz.br/editora | editora@fiocruz.br

Neste *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia* são analisados,de forma instigante e profunda,os desafios colocados pela dimensão subjetiva do processo de trabalho em saúde. A produção de sentido no trabalho em saúde e a produção de cuidado estão articuladas, e a leitura deste livro nos permite trilhar caminhos teóricos e metodológicos, caminhos de pesquisa e de intervenção sem perder de vista tal articulação. Caminhos já percorridos e outros a serem experimentados.

No gerenciamento dos serviços de saúde, que têm estado imersos em uma dinâmica social que não favorece a cooperação, a solidariedade e o cuidado com a vida, encontram-se diversos obstáculos, diante dos quais os autores aqui reunidos apostam na necessidade de interrogar ideias já consolidadas, como também de propiciar as condições para o desenvolvimento da inventividade no cotidiano do trabalho. Evidenciam que é preciso pensar a gestão como construção coletiva cotidiana, apoiada na dialogia, o que contribui também com o debate sobre os processos formativos no campo da saúde pública.

As organizadoras deste volume nos presenteiam com sua larga e rica trajetória de pesquisa e intervenção em serviços de saúde, sempre avessas ao reducionismo e atentas à complexidade da governança – que o tempo todo é interpelada por desejos, afetos e valores.

Jussara Brito
Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

ISBN 978-85-7541-228-2